



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Mariana Oliveira Honorato

Perfil sociodemográfico de mulheres sexualmente violentadas antes e durante a pandemia de COVID-19

Rio de Janeiro

2022

Mariana Oliveira Honorato

**Perfil sociodemográfico de mulheres sexualmente violentadas antes e durante a
pandemia de COVID-19**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, saúde e sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lucia Helena Garcia Penna

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

H774 Honorato, Mariana Oliveira.
Perfil sociodemográfico de mulheres sexualmente violentadas antes e durante a pandemia de COVID-19/ Mariana Oliveira Honorato. - 2022.
103 f.

Orientadora: Lucia Helena Garcia Penna.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Violência contra a mulher. 2. Delitos sexuais. 3. COVID-19. I. Penna, Lucia Helena Garcia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Kárin Cardoso CRB/7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Mariana Oliveira Honorato

**Perfil sociodemográfico de mulheres sexualmente violentadas antes e durante a
pandemia de COVID-19**

Aprovada em 15 de julho de 2022.

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Lucia Helena Garcia Penna (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Liana Viana Ribeiro

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Selma Villas Boas

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir a vida, a vocação do cuidado e forças para a conclusão de mais esta etapa profissional.

Aos meus pais João Batista e Eliana, pelo incansável amor e cuidado presente desde a infância até a vida adulta.

A minha irmã Manuela, por ser meu porto seguro e maior incentivadora de todos os meus sonhos.

Ao meu marido Jorge que surgiu no decorrer desta trajetória mantendo-se companheiro e zeloso a todo instante.

A minha amiga Patrícia e ao meu cunhado Márcio por toda ajuda nos percalços cibernéticos que encontrei.

A minha sobrinha Júlia que trouxe luz aos dias difíceis e meus filhos *pet* Léo e Doritos, que com carinho pareciam entender meus momentos de angústia.

Aos meus afilhados Valentim, Larissa, Laís, Hanna, Daniel e todos os amigos que compreenderam minhas ausências e trouxeram alegria em cada momento que precisei.

Aos meus colegas de turma e companheiros de trabalho que seguiram firmes ao meu lado, trazendo incentivo e encorajamento a cada adversidade encontrada num contexto de trabalhar e estudar frente à pandemia e suas particularidades.

A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Lucia Helena Garcia Penna, meu exemplo de persistência e sabedoria, que sempre tão humana e compreensiva acreditou no meu potencial e compartilhou tanto conhecimento.

A todas as mulheres contempladas por este estudo e que infelizmente vivenciaram as mais diversas situações de violência.

RESUMO

HONORATO, M. O. **Perfil sociodemográfico de mulheres sexualmente violentadas antes e durante a pandemia de COVID-19.** 2022. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Durante a pandemia de COVID-19, globalmente vivenciamos drásticas mudanças em nossas rotinas diárias, sendo necessário o isolamento social para controle da doença e seus agravos. Várias foram as repercussões sobre as relações interpessoais e, conseqüentemente sobre a ocorrência de violências, em particular contra a mulher. Buscando compreender melhor a violência sexual no contexto pandêmico, foi realizado um estudo tendo por objetivos: descrever e analisar a caracterização sociodemográfica de mulheres sexualmente violentadas e atendidas numa unidade hospitalar de referência antes e durante a pandemia da COVID-19; analisar comparativamente os dados epidemiológicos acerca desse fenômeno praticado contra mulheres; e descrever os cuidados/tratamentos realizados com as mulheres sexualmente violentadas nesse período. Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva, retrospectiva com abordagem qualitativa do fenômeno da violência sexual contra a mulher realizada em uma unidade pública hospitalar no município do Rio de Janeiro, referência para atendimento de pessoas que vivenciam a violência sexual. O estudo contemplou uma análise do perfil de mulheres atendidas no período pré-pandêmico (2019) comparando ao primeiro ano da pandemia pela COVID-19 (2020). Foi realizada uma análise de documentos de registro de atendimento, contendo dados de identificação, características da ocorrência da violência e do atendimento de saúde. Baseado nos resultados obtidos, três categorias analíticas foram construídas: caracterização social das mulheres atendidas numa unidade hospitalar de referência para delitos sexuais que vivenciaram a violência sexual antes e durante a pandemia de COVID-19; caracterização da violência sexual contra mulheres antes e durante a pandemia pela COVID-19 e práticas de cuidados e/ou tratamentos aplicados às mulheres que vivenciaram a violência sexual antes e durante a pandemia da COVID-19 na unidade de referência. De modo geral, não foram evidenciadas mudanças significativas no perfil sociodemográfico de mulheres sexualmente violentadas antes e durante a pandemia que recorreram à unidade de saúde referência no município do Rio de Janeiro. Presume-se ter havido descumprimento do isolamento social por parte das mulheres, em decorrência do aumento do número de mulheres violentadas em locais de aglomeração. A busca tardia por atendimento e reduzido acompanhamento ambulatorial pós violência sexual são aspectos que demandam estratégias que enfatizem a importância da assistência precoce e contínua à essas mulheres.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Delitos sexuais. COVID-19.

ABSTRACT

HONORATO, M. O. **Sociodemographic profile of sexually abused women before and during the COVID-19 pandemic.** 2022. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

During the COVID-19 pandemic, we globally experienced drastic changes in our daily routines, requiring social isolation to control the disease and its aggravations. There were several repercussions on interpersonal relationships and, consequently, on the occurrence of violence, particularly against women. Seeking to better understand sexual violence in the pandemic context, a study was carried out with the following objectives: to describe and analyze the sociodemographic characterization of sexually violated women treated at a reference hospital unit before and during the COVID-19 pandemic; comparatively analyze the epidemiological data about this phenomenon practiced against women; and describe the care/treatment performed with women who were sexually abused during this period. This is a documentary, descriptive, retrospective research with a qualitative approach to the phenomenon of sexual violence against women carried out in a public hospital unit in the city of Rio de Janeiro, a reference for the care of people who experience sexual violence. The study included an analysis of the profile of women served in the pre-pandemic period (2019) compared to the first year of the COVID-19 pandemic (2020). An analysis of records of care was performed, containing identification data, characteristics of the occurrence of violence and health care. Based on the results obtained, three analytical categories were constructed: social characterization of women treated at a reference hospital unit for sexual offenses who experienced sexual violence before and during the COVID-19 pandemic; characterization of sexual violence against women before and during the COVID-19 pandemic and care practices and/or treatments applied to women who experienced sexual violence before and during the COVID-19 pandemic in the reference unit. In general, there were no significant changes in the sociodemographic profile of women who were sexually abused before and during the pandemic who resorted to the reference health unit in the city of Rio de Janeiro. It is assumed that there was a failure to comply with social isolation by women, due to the increase in the number of women raped in crowded places. The late search for care and reduced outpatient follow-up after sexual violence are aspects that demand strategies that emphasize the importance of early and continuous care for these women.

Keywords: Violence Against. Sexual offenses. COVID-19.

RESUMEN

HONORATO, M. O. **Perfil sociodemográfico de mujeres abusadas sexualmente antes y durante la pandemia de COVID-19.** 2022. 105 f. (Mestrado em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Durante la pandemia de COVID-19, globalmente experimentamos cambios drásticos en nuestras rutinas diarias, requiriendo aislamiento social para controlar la enfermedad y sus agravamientos. Hubo varias repercusiones en las relaciones interpersonales y, en consecuencia, en la ocurrencia de la violencia, particularmente contra las mujeres. Buscando comprender mejor la violencia sexual en el contexto de la pandemia, se realizó un estudio con los siguientes objetivos: describir y analizar la caracterización sociodemográfica de mujeres violadas sexualmente atendidas en una unidad hospitalaria de referencia antes y durante la pandemia de COVID-19; analizar comparativamente los datos epidemiológicos sobre este fenómeno practicado contra las mujeres; y describir la atención/tratamiento realizado con mujeres que fueron abusadas sexualmente durante este período. Se trata de una investigación documental, descriptiva, retrospectiva con abordaje cualitativo del fenómeno de la violencia sexual contra la mujer, realizada en una unidad hospitalaria pública de la ciudad de Río de Janeiro, referencia para la atención de personas que viven violencia sexual. El estudio incluyó un análisis del perfil de las mujeres atendidas en el período previo a la pandemia (2019) en comparación con el primer año de la pandemia de COVID-19 (2020). Se realizó un análisis de los registros de atención, que contenían datos de identificación, características de la ocurrencia de la violencia y atención a la salud. A partir de los resultados obtenidos se construyeron tres categorías analíticas: caracterización social de las mujeres atendidas en una unidad hospitalaria de referencia por delitos sexuales que sufrieron violencia sexual antes y durante la pandemia de COVID-19; caracterización de la violencia sexual contra las mujeres antes y durante la pandemia de COVID-19 y prácticas de atención y/o tratamientos aplicados a las mujeres que vivieron violencia sexual antes y durante la pandemia de COVID-19 en la unidad de referencia. En general, no hubo cambios significativos en el perfil sociodemográfico de las mujeres que fueron abusadas sexualmente antes y durante la pandemia que acudieron a la unidad de salud de referencia en la ciudad de Río de Janeiro. Se supone que hubo incumplimiento del aislamiento social por parte de las mujeres, debido al incremento en el número de mujeres violadas en lugares concurridos. La búsqueda tardía de atención y el reducido seguimiento ambulatorio posterior a la violencia sexual son aspectos que demandan estrategias que enfatizan la importancia de la atención temprana y continua de estas mujeres.

Palabras-clave: Violencia contra la mujer. Delitos sexuales. COVID-19.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1 -	Fluxograma de seleção de artigos nas bases de dados	22
Quadro 1 -	Demonstrativo de artigos selecionados	23
Figura 1 -	Sala Lilás – Instituto Médico Legal (IML) – Rio de Janeiro	42
Fluxograma 2 -	Seleção de documentos a serem analisados - Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM).....	46
Quadro 2 -	Demonstrativo de mulheres sexualmente violentadas e atendidas na unidade referência (2019 – 2020)	48
Quadro 3 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação à faixa etária (2019 – 2020)	50
Quadro 4 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação à etnia/raça/cor (2019 – 2020)	50
Quadro 5 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação à orientação sexual (2019 – 2020)	51
Quadro 6 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação à ocupação profissional (2019 – 2020)	51
Quadro 7 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação à moradia (2019 – 2020)	52
Quadro 8 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao período transcorrido da violência (2019 – 2020)	52
Quadro 9 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual considerando a realização da notificação (2019 – 2020)	53
Quadro 10 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao registro polícia (2019 – 2020)	53
Quadro 11 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao local de ocorrência da violência (2019 – 2020)	53
Quadro 12 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao tipo de violência vivida (2019 – 2020)	54
Quadro 13 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação à identificação do agressor (2019 – 2020)	54

Quadro 14 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao número de agressores (2019 – 2020)	55
Quadro 15 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação à faixa etária dos agressores (2019 – 2020)	55
Quadro 16 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação à faixa etária (2019 – 2020)	56
Quadro 17 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao vínculo com o agressor (2019 – 2020)	56
Quadro 18 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual e que engravidaram como consequência e buscaram o aborto legal (2019 – 2020)	57
Quadro 19 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação à realização do aborto legal por consequência de gravidez pela violência (2019 – 2020)	57
Fluxograma 3 -	Fluxo de atendimento na unidade de referência - Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM)	58
Quadro 20 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação às consultas realizadas (2019-2020)	59
Quadro 21 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação às consultas no ambulatório da unidade sedadora da pesquisa (2019-2020)	59
Quadro 22 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao profissional que atendeu/consultas de continuidade (2019-2020)	60
Quadro 23 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao número de consulta de enfermagem (2019-2020)	60
Quadro 24 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao número de consulta de medicina (2019-2020)	61

Quadro 25 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao número de consulta de psicologia (2019-2020)	61
Quadro 26 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao número de consulta do serviço social (2019-2020)	62
Quadro 27 -	Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao tipo de procedimentos realizados na emergência (2019-2020)	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AL	Aborto Legal
BDENF	Bases de Dados em Enfermagem
BO	Boletim de Ocorrência
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNPM	Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres
COVID-19	Doença do Coronavírus 2019
CRAS	Centros de Referência da Assistência Social
DEAMs	Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DIU	Dispositivo Intrauterino
DUM	Data da Última Menstruação
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
GBVRCs	Gender Based Violence Recovery Centres
HCG	Gonadotrofina Coriônica Humana
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HMFM	Hospital Municipal Fernando Magalhães
IGHAHB	Imunoglobulina Humana contra a Hepatite B
IML	Instituto Médico Legal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MMFDH	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos
MS	Ministério da Saúde
NISVS	National Intimate Partner and Sexual Violence Survey
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMV	Observatório da Mulher contra a Violência
ONDH	Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos
ONGs	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PNAISM	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNP	Pré-Natal Psicológico
RJ	Rio de Janeiro
SARCs	Sexual Assault Referral Centres
SARS-CoV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2
SC	Santa Catarina
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SCNES	Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TIG	Teste Imunológico para Gravidez
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
USG	Ultrassonografia
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	REVISÃO DE LITERATURA	27
1.1	O contexto epidemiológico da violência sexual no mundo	27
1.2	A conjuntura da pandemia de COVID-19 e a ocorrência de violência	28
1.3	A associação das violências doméstica e sexual durante o distanciamento social	29
1.4	O conceito de gênero articulado à problemática das violências	32
1.5	Políticas públicas voltadas para a saúde da mulher e ações de enfrentamento à violência sexual no Brasil	35
2	METODOLOGIA	43
2.1	Desenho de estudo	43
2.2	Cenário, Seleção de documentos e Estratégias de Coleta	44
2.3	Critérios para a seleção de documentos a serem analisados	45
2.3.1	<u>Critérios de inclusão</u>	45
2.3.2	<u>Critérios de exclusão</u>	46
2.4	Aspectos éticos	47
2.5	Coleta de Dados	47
2.5.1	<u>Documentos analisados</u>	47
2.5.2	<u>Instrumento</u>	48
2.6	Análise dos Dados	48
3	RESULTADOS	50
4	DISCUSSÃO	65
4.1	Caracterização sociodemográfica das mulheres atendidas numa unidade hospitalar de referência para delitos sexuais que vivenciaram a violência sexual antes e durante a pandemia de COVID-19	65
4.2	Caracterização da violência sexual contra mulheres antes e durante a pandemia pelo COVID-19	67

4.3	Práticas de cuidados e/ou tratamentos aplicados às mulheres que vivenciaram a violência sexual antes e durante a pandemia da COVID-19 na unidade de referência	74
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
	REFERÊNCIAS	86
	APÊNDICE A - Instrumento para análise dos documentos	93
	APÊNDICE B - Solicitação de autorização para coleta de dados na unidade de pesquisa	94
	APÊNDICE C - Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)	95
	ANEXO A – Parecer substancial do CEP	96
	ANEXO B – Termo de anuência institucional da unidade de saúde	97
	ANEXO C – Ficha de atendimento individual de emergência - Violência sexual	98
	ANEXO D – Ficha de notificação individual – Violência interpessoal /autoprovocada	99
	ANEXO E – Ficha de acompanhamento individual pela Enfermeira – Violência sexual.....	101
	ANEXO F – Formulário de solicitação de medicamentos – Profilaxia para HIV	102

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem por objeto de estudo as características sociodemográficas de mulheres sexualmente violentadas antes e durante a pandemia da COVID-19.

O interesse em conhecer as características das mulheres que vivenciaram violência sexual é oriundo de minha trajetória como enfermeira obstétrica. Desde minha formação, ainda no Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), participei de atividades, tanto de ensino quanto de pesquisa na atenção à saúde da mulher, nas quais pude perceber o tamanho da vulnerabilidade biopsicossocial que permeia a população feminina, principalmente para a ocorrência de violências.

Esse contato com a área da saúde da mulher despertou-me o interesse em conhecer a realidade dessa população e aprofundar sobre suas especificidades. Nesse sentido, após estar formada, ingressei no Curso de Residência em Enfermagem Obstétrica da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), em convênio com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), e posteriormente focalizei minhas atividades profissionais nessa especialidade.

Desde 2014 sou servidora efetiva de uma unidade hospitalar de referência para assistência obstétrica no município do Rio de Janeiro, onde atuo como enfermeira obstétrica e generalista no Complexo Obstétrico da unidade, o que veio de encontro às minhas expectativas – atuar no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Nessa unidade hospitalar, além de atuar diretamente com o processo do parto e nascimento, tive a oportunidade de conhecer outro serviço de atendimento às mulheres. A unidade onde atuo, além de ser referência para a assistência obstétrica e ginecológica, também é referência para a atenção integral às mulheres em situação de violência sexual.

Ao me deparar com histórias marcantes de mulheres que referiam desrespeito, maus tratos, violências, em particular, a violência sexual nos mais diversos ambientes e por vezes praticada em situações em que elas se encontravam dopadas/alcoolizadas, além do uso da força física e armas brancas ou de fogo, senti a necessidade de conhecer um pouco mais sobre esse cenário sombrio, buscando oferecer cuidados a esse grupo tão sofrido.

A violência sexual pode acontecer com crianças, adultos e idosos. Entretanto, as mulheres compõem o grupo mais suscetível para tal fato e normalmente o homem é o agressor, o que nos faz relacionar a violência sexual à violência de gênero, pois, em uma relação íntima, “a violência de gênero refere-se a qualquer comportamento que cause danos

físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte da relação” (OMS, 2002, p.91).

Frequentemente, o parceiro íntimo é o principal agressor nessas ocasiões, refletindo as desigualdades de poder entre homens e mulheres, implicando em um forte impacto nas condições de saúde da população feminina. A desigualdade de gênero deve ser considerada como um determinante de saúde na formulação de políticas públicas.

A expressão violência de gênero abrange mulheres, crianças e adolescentes por serem objetos da violência masculina, constitutiva das relações de gênero no Brasil. É também muito usada como sinônimo de violência conjugal, por englobar diferentes formas de desse ato envolvendo relações de gênero e poder. Nesse sentido, pode-se dizer que a violência contra a mulher é uma das principais formas de violência de gênero. (ARAÚJO, 2008).

A pesquisa “Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil”, do Fórum Brasileiro de Segurança Pública - FBSP, evidenciou que, no ano de 2017, 29% das mulheres brasileiras sofreram violência ou agressão, o que seria proporcional a 503 agressões por hora. Uma nova pesquisa, realizada dois anos após, revelou que os índices de violência permanecem os mesmos, em que a cada 10 mulheres, quase 3 ainda sofrem algum tipo de violência em nosso país (BRASIL, 2019).

A violência por parceiro íntimo (VPI) está relacionada a violência física, sexual, psicológica ou perseguição praticada pelo parceiro íntimo, seja ele o atual ou ex-cônjuge, namorado(a), parceiro sexual ou outra pessoa com quem a vítima mantenha ou tenha mantido um relacionamento pessoal próximo (BRASIL, 2020).

A violência sexual pode ser caracterizada como um problema de saúde pública que exige do estado políticas e ações de proteção, segurança e justiça. Ela se caracteriza por “qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados” (OMS, 2002) e que afeta não somente a integridade física, mas a psíquica e social, podendo ocasionar até mesmo a morte. Além disso, a real dimensão da problemática da violência sexual acaba sendo desconhecida devido às subnotificações dos casos e, também, à postura de alguns profissionais perante os relatos de delitos sexuais. As mulheres acabam se afastando dos serviços de saúde e proteção governamental ao se depararem com a falta de credibilidade ao relatarem a agressão e a ridicularização daquelas que denunciam a violência vivenciada (VILLELA et al., 2011).

Estudos anteriores apontam que “mulheres que vivem/vivenciaram violência doméstica e sexual têm mais queixas, distúrbios e patologias, físicos e mentais, e utilizam os serviços de saúde com maior frequência do que aquelas sem essa experiência” (D’OLIVEIRA et al., 2009, p. 1038).

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA – instituído em 2006 pelo Ministério da Saúde, visa o registro de casos de violência doméstica, sexual e outros tipos de violência, trazendo melhor dimensão do problema. “Em 2011, foram registradas 107.530 notificações de violência doméstica, sexual entre outras. Destas, 32.431 (30,2%) referiam-se a vítimas do sexo masculino e 75.033 (69,8%) a vítimas do sexo feminino” (BRASIL, 2013a, p.4).

Ao longo dos últimos quarenta anos, diversas ações e serviços foram desenvolvidos em prol da minimização da situação de violência às mulheres no Brasil. Na área da saúde, o tema começa a ser visto através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM e, posteriormente, da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da mulher - PNAISM (BRASIL, 1984, 2004), com a abordagem das questões de gênero, sexualidade, ações educativas e capacitação dos profissionais na abordagem do tema, além da criação de normas técnicas e protocolos clínicos sobre acolhimento, atendimento e notificação de violências.

A criação de delegacias de defesa da mulher, as casas-abrigo, os centros de referência multiprofissionais, as normas técnicas de atenção às vítimas de violência sexual e a Lei Maria da Penha também foram ações governamentais desenvolvidas no enfrentamento às violências contra as mulheres (BORSOI et al., 2009).

No ano de 2012, o Ministério da Saúde estabeleceu a Norma Técnica “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, compreendendo a mulher como a principal destinatária da violência sexual. A norma visa expandir e qualificar redes estaduais e municipais na assistência a mulheres e adolescentes em situação de violência sexual, além de auxiliar os profissionais na organização de serviços de saúde à luz de uma saúde pública universal, integral e equânime (BRASIL, 2012a).

A criação da “Norma Técnica de atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios” no ano de 2015 foi uma das ações do Programa Mulher Viver sem Violência, lançado em 13 de março de 2013. A publicação foi lançada pelo governo federal com o intuito de combater as várias formas de violência contra as mulheres, assegurar um atendimento integral e humanizado para elas e contribuir para punição dos agressores (BRASIL, 2015a).

Essa proposta foi reforçada com a publicação do “Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais” (BRASIL, 2017), que também aborda os cuidados à pessoa que vivenciou a violência sexual em que “a notificação do caso à Vigilância Epidemiológica e a compreensão

desta como parte das ações de gestão em saúde (planejamento, tomada de decisão, programações, monitoramento/avaliação) é parte fundamental da prevenção e promoção da saúde” (BRASIL, 2017, p.73).

No ano de 2018, existiam 772 serviços cadastrados no Brasil com o código 165 do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), código que corresponde aos serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual. Os serviços de natureza de urgência/emergência, classificação 001 – Serviço de referência para atenção integral à violência sexual, foram cadastrados no SCNES 239 serviços, sendo 81 (33,9%) na região Sudeste, 59 (24,7%) na região Sul, 44 (18,4%) na região Nordeste, 32 (13,4%) na região Centro Oeste e 23 (9,6%) na região Norte (BRASIL, 2018a).

Ao ser atendida em uma unidade hospitalar referência na atenção às pessoas em situação de violência sexual (código 165 do SCNES, classificação 001), é direito da vítima o acesso a: atendimento clínico, social e psicológico; exames laboratoriais, medicamentos para a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis não virais (IST), HIV e contraceptivo de emergência; providências policiais e judiciais (se for da vontade dela); vacinação e imunização passiva para Hepatite B; encaminhamento ou agendamento de retorno ambulatorial para seguimento sorológico após 30 dias, além de acompanhamento clínico-laboratorial, psicológico e social, quando indicado.

O atendimento hospitalar deverá ser realizado independentemente de registro de Boletim de Ocorrência, como garante a Lei 12.845 de 2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na unidade hospitalar onde atuo, que é referência para o atendimento às mulheres em situação de violência, o atendimento é caracterizado pelo seguinte fluxo: atendimento inicial de enfermagem com acolhimento e classificação de risco, atendimento médico de emergência em que, além da notificação compulsória dos casos, é realizada nessa fase a coleta de exames laboratoriais, a administração de medicações e a imunização. Posteriormente, acompanhamento ambulatorial com equipe multiprofissional. O aborto legal é realizado na própria unidade se for da vontade da mulher e consequência do ato de agressão, não sendo necessário o registro de ocorrência em delegacia.

Ressalta-se que muitas mulheres não buscam por assistência de saúde após uma violência sexual por vergonha e medo do agressor, que frequentemente é conhecido dela. Esse fato acontece sobretudo quando a gravidez é consequência da agressão e as mulheres desconhecem a não obrigatoriedade de registro da ocorrência, submetendo-se assim a abortos

clandestinos que colocam suas vidas em risco.

Ao procurarem um serviço que as ajude nas situações de violência, as mulheres devem ser valorizadas e acolhidas de maneira especial pois, possivelmente, enfrentaram muitas dificuldades para chegarem a essa unidade e verbalizarem sua situação.

As políticas públicas de atendimento às mulheres que vivenciam violência sexual apontam a importância de um atendimento especializado, com uma escuta sensível, visto que elas passaram pela violação de sua integridade física e emocional, o que atinge seu direito humano à saúde e à vida como um todo. A “Norma Técnica para a Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios” propõe a expansão e consolidação em todo território nacional de uma rede que articule as áreas de assistência, atenção, proteção e defesa dos direitos das mulheres em situação de violência sexual (BRASIL, 2015a).

Cabe destacar que, segundo dados da Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2017), as estimativas globais indicam que aproximadamente uma em cada três mulheres (35%) em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual por parte do parceiro ou de terceiros durante a vida, sendo a maior parte dos casos de violência infligida por parceiros. E, em todo o mundo, quase um terço (30%) das mulheres que estiveram em um relacionamento relatam ter sofrido alguma forma de violência física e/ou sexual na vida por parte de seu parceiro. Globalmente, 38% dos assassinatos de mulheres são cometidos por um parceiro masculino.

No Brasil, dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (BRASIL, 2018c) apontaram que, no ano de 2017, mais de 221 mil mulheres procuraram delegacias de polícia para registrar episódios de agressão (lesão corporal dolosa) em decorrência de violência doméstica. Quantitativo que pode estar em muito subestimado, dado que muitas vítimas têm medo ou vergonha de denunciar. É sabido que apenas 10,3% das mulheres que afirmaram terem sofrido algum tipo de violência no período de 12 meses entre 2018 e 2019 buscaram uma delegacia da mulher, 8% procuraram uma delegacia de polícia comum e 5% das respondentes ligaram para o 190.

Inserida no contexto de atenção à saúde de mulheres nessa unidade e ao me aproximar da realidade de mulheres em situações de violência, inquietei-me em conhecer quem seriam as mulheres que vivenciam sobretudo a violência sexual e como o contexto pandêmico de COVID-19 influenciou na ocorrência dessas agressões.

A COVID-19 é uma doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, um novo tipo de coronavírus. Em 30 de janeiro de 2020, foi declarada pela Organização Mundial da Saúde

(OMS) como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) - o mais alto nível de alerta. Em 11 de março de 2020, a OMS caracterizou a COVID-19 como uma pandemia, ou seja, uma doença que atinge vários países e regiões do mundo (OPAS, 2020a). A COVID-19 atingiu significativamente a vida de toda a população mundial e trouxe um contexto nunca vivenciado antes.

Pessoas isoladas em suas residências, convivendo somente com seus familiares, passou a ser uma condição de proteção contra o novo coronavírus, proporcionando um aumento da vulnerabilidade para violências no ambiente doméstico (BRASIL, 2020b).

As medidas de isolamento e distanciamento social tiveram o intuito de minimizar os efeitos nocivos da pandemia de COVID-19, propostas pela OMS e implementadas pelos governos, e indicou mudanças de hábitos nas populações, a fim de prevenir a disseminação do vírus, evitando assim que curva da doença chegasse ao topo de maneira acelerada, com risco de sobrecarga nos serviços de saúde. Entretanto, essas recomendações desencadearam alterações bruscas na vida das famílias e população em geral, com impacto negativo nas atividades econômicas e em todos os níveis na vida em sociedade. E, infelizmente, nos relacionamentos interpessoais, houve repercussões sobre a ocorrência das violências, especialmente entre parceiros íntimos.

Antes da pandemia, uma a cada três mulheres em idade reprodutiva era vítima de violência física ou violência sexual perpetrada por um parceiro íntimo durante a vida, e mais de um terço dos homicídios de mulheres eram perpetrados em seus relacionamentos interpessoais. No entanto, a atual pandemia amplificou os casos de violência doméstica contra mulheres e meninas, com prevalência até três vezes maior em casos de violência doméstica em comparação com o mesmo período do ano anterior (VIEIRA et al., 2020).

Os delitos sexuais envolvem o abuso sexual e todos os tipos de estupro: estupro fora e dentro do ambiente domiciliar, embora a maior parte dos delitos sexuais ocorra fora da casa da vítima. A violência doméstica abrange a realizada por parceiro íntimo, seja ela psicológica, econômica, sexual ou física. Já os feminicídios são todos homicídios motivados pelo gênero (HOEHN-VELASCO, 2021).

As organizações voltadas ao enfrentamento da violência doméstica observaram aumento da violência no interior do domicílio por causa da coexistência forçada, do estresse econômico e de temores sobre o novo coronavírus (SUÍÇA, 2020).

Apesar de escassos os dados exatos acerca do aumento da violência doméstica, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2020b), países como China, Reino Unido, Estados Unidos e outros apontaram um aumento desse tipo de violência desde o início

da pandemia (OPAS, 2020b). Diversos países sinalizaram o aumento da violência doméstica após o início do isolamento social, entre eles Austrália (75%), Estados Unidos (21 a 35%) e França (32 a 36%) (GEBREWAHD, 2020).

No Brasil esse panorama não é diferente: muitas mulheres acabam sendo expostas a situações de risco enquanto são obrigadas a se isolarem em suas residências. Um lar seguro e de proteção acaba sendo, na prática, um privilégio de classe e gênero. (VIEIRA et al., 2020).

Apesar da violência contra a mulher ser também praticada por desconhecidos, uma pesquisa realizada em 2019 sobre a Vitimização de Mulheres no Brasil apontou que 16 milhões de brasileiras com 16 anos ou mais sofreram algum tipo de violência ao longo do ano de 2018, sendo o agressor um conhecido em 76,4% dos casos (BRASIL, 2019).

O que fica claro é que os diversos tipos de violência contra a mulher são normalmente praticados por homens, sejam eles familiares, cônjuges, amigos ou desconhecidos, o que caracteriza a violência de gênero e traz inúmeras repercussões na saúde física, sexual, reprodutiva e mental da mulher violentada.

Devido ao isolamento social causado pela pandemia, com maior frequência as mulheres foram vigiadas e impedidas de conversar com familiares e amigos, o que ampliou a margem de ação para a manipulação psicológica, as exigências conjugais e a presença mais constante do parceiro em um ambiente que é mais comumente dominado pela mulher. O controle das finanças domésticas também se torna mais acirrado. A perspectiva da perda de poder masculino fere diretamente a figura do macho provedor, servindo de gatilho para comportamentos violentos (VIEIRA et al., 2020).

Além dos transtornos gerados pela doença COVID-19 em si, como a dificuldade no controle da disseminação do vírus, a superlotação dos hospitais e falta de insumos hospitalares, o aumento progressivo no número de óbitos devido à síndrome respiratória causada pelo SARS-CoV-2, as outras doenças e outras necessidades de saúde da população acabaram sendo deixadas de lado para a intensificação de ações de combate ao novo coronavírus. Foi necessária a reorganização dos atendimentos na atenção básica e hospitalar e os profissionais de saúde na linha de frente precisaram se adequar a uma nova realidade de trabalho, lidando diariamente com o medo de contágio e de propagação do vírus aos seus familiares.

No Quênia, por exemplo, com a chegada da COVID-19 os hospitais de referência para atendimento de pacientes de violência sexual, os chamados Centros de Recuperação de Violência Baseada em Gênero (GBVRCs), foram os primeiros a serem designados como centros de tratamento e isolamento de coronavírus. Já no Reino Unido, houve uma queda de

50% no número de encaminhamentos aos 47 Centros de Referência de Agressão Sexual (SARCs) existentes no país, onde são disponibilizados exames forenses, acompanhamento médico e psicossocial (JOHNSON et al., 2020).

Em vários países, os profissionais de saúde foram remanejados para outros serviços, adoeceram por COVID-19, ficaram sobrecarregados e até mesmo faleceram no pico da pandemia, momento em que a vacinação ainda não estava disponível. A COVID-19 reconfigurou o funcionamento de muitos serviços da sociedade. Além dos serviços de saúde, outras áreas como delegacias, órgãos de assistência social, casas de apoio, escolas e igrejas funcionaram com restrição, horários diferenciados ou foram fechados temporariamente com a não adaptação dos serviços de modo *on-line* (ODORCIK, 2021).

Considerando a importância do aprofundamento que vem sendo abordado nesses últimos quatro anos sobre a temática da violência contra a mulher, em particular a violência sexual, realizou-se, de janeiro a maio de 2022, uma busca na base de dados acerca do fenômeno da violência sexual no contexto da pandemia COVID-19. A análise dessas produções serviu como subsídio para a articulação dos dados coletados na presente pesquisa e das informações mais recentes disponíveis na literatura atual sobre a temática em questão.

Tendo em vista que os primeiros casos de coronavírus pelo SARS-CoV-2 surgiram na China em 2019 e, até o presente momento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) não decretou o fim da pandemia, utilizou-se como critérios de inclusão produções científicas publicadas nos últimos 4 anos (2019 até maio de 2022); produções no formato de artigos; artigos publicados na íntegra; disponíveis gratuitamente; nos idiomas Português, Espanhol e Inglês. Foram excluídas produções que não atendiam a temática da pesquisa bem como artigos que apresentavam duplicidade nas bases de dados e com temática que não respondiam à pergunta principal: Quais as características sociodemográficas das mulheres que vivenciaram violência sexual antes e durante a pandemia de COVID-19 abordadas nas produções científicas dos últimos quatro anos?

Os artigos foram coletados no portal de pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas Bases de Dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), nas Bases de Dados em Enfermagem (BDENF) e nas Bases de Dados da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados na BVS foram: covid-19, delitos sexuais e violência contra a mulher. Na busca avançada, os descritores foram agrupados dois a dois e, então, selecionado o AND como operador booleano. As combinações realizadas foram Covid-19 AND Delitos sexuais; Covid-19 AND Violência

contra a mulher e Delitos sexuais AND Violência contra a mulher.

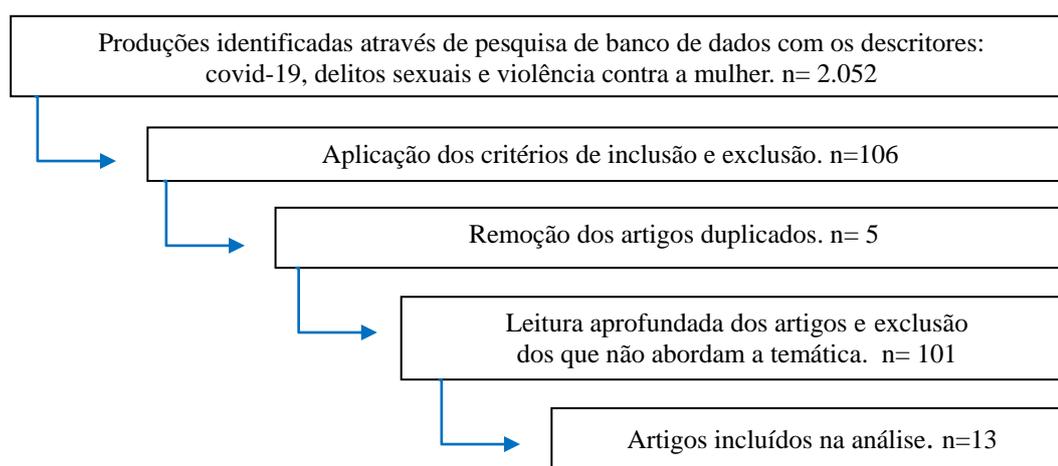
Os artigos foram selecionados a partir da utilização dos descritores e a identificação foi realizada em três etapas, a saber:

- Etapa 1: leitura dos títulos dos estudos encontrados e exclusão dos que não se enquadraram em qualquer um dos critérios de inclusão desse estudo;
- Etapa 2: leitura dos resumos dos estudos selecionados na etapa 1 e exclusão daqueles que também não se adequaram aos critérios de inclusão;
- Etapa 3: leitura na íntegra de todos os estudos restantes das etapas anteriores e seleção dos que se enquadraram nos critérios de inclusão.

Vale salientar que os estudos repetidos nas diferentes bases de dados só foram excluídos após a leitura na íntegra, evitando erros de exclusões. Os artigos que atenderam a todos os critérios de seleção e que possibilitaram responder aos questionamentos dessa revisão foram selecionados.

Após busca nas bases de dados, foram encontradas 2.052 publicações utilizando os descritores citados acima, entretanto, quando inseridos os filtros e critérios de inclusão e exclusão, obteve-se um quantitativo de 101 artigos acessíveis. Após a leitura mais detalhada dessas produções, e buscando responder à questão principal, foram selecionados 13 artigos a serem analisados.

Fluxograma 1 – Fluxograma de seleção de artigos nas bases de dados



Fonte: a autora, 2022.

A partir da seleção dos artigos, eles foram analisados considerando os seguintes aspectos: ano de publicação; títulos/autores; local de origem; metodologia do estudo; área de

conhecimento e ideias sobre a questão principal: Quais as características sociodemográficas das mulheres que vivenciaram violência sexual antes e durante a pandemia de COVID-19 abordadas nas produções científicas dos últimos quatro anos? A seguir, apresentamos o quadro com a caracterização dos estudos selecionados:

Quadro 1 - Demonstrativo de artigos selecionados (continua)

Ano	Título/ Autores	Local de origem	Área de conhecimento	Metodologia	Assunto abordado no artigo
2021	Assistência de enfermagem às mulheres em situação de violência durante a pandemia da COVID-19/ SANTOS, D.G. et al	Brasil	Enfermagem	Estudo exploratório-descriptivo	Mulheres em situação de violência durante a pandemia da COVID-19
2021	COVID-19 pandemic and violence: rising risks and decreasing urgent care-seeking for sexual assault and domestic violence survivors / MULDOON K.A. et al	América do Norte	Medicina	Estudo observacional	Padrões de cuidados para agressão sexual e violência doméstica durante a pandemia de COVID-19
2021	Impactos da pandemia COVID-19 nos casos de violência doméstica contra mulheres / VASCONCELOS, V.M.; VIANA, B.A.; FARIAS I.C.	Brasil	Psicologia	Revisão integrativa	Impactos da pandemia COVID-19 nos casos de violência contra a mulher
2021	Prevalence and associated factors with sexual violence victimisation youth before, during and after the COVID-19 lockdown: a cross-sectional study in Spain/ SANZ-BARBERO B. et al.	Espanha	Biomedicina	Estudo transversal	Prevalência e fatores associados à vitimização por violência sexual antes, durante e após o confinamento COVID-19
2021	The great crime recovery: Crimes against women during, and after, the COVID-19 lockdown in Mexico/ HOEHN-VELASCO L.; SILVERIO-MURILLO A.; de la MIYAR J.R.B.	México	Economia pública e Economia da saúde	Estudo quantitativo	Crimes contra as mulheres durante e após o bloqueio pela COVID-19
2021	Violence and sexual and reproductive health service disruption among girls and young women during COVID-19 pandemic in Nepal: A cross-sectional study using interactive voice response survey/ LAMICHHANE A. et al	Ásia	Medicina	Estudo transversal	Violência e interrupção do serviço de saúde sexual e reprodutiva durante a pandemia de COVID-19
2021	Violência doméstica à mulher: percepção e abordagem profissional na atenção básica na pandemia de COVID-19/ ODORCIK B.; FERRAZ B.P.; BASTOS K.C.; ROSSETTO M.	Brasil	Enfermagem	Pesquisa qualitativa	Violência doméstica contra mulher na pandemia pela COVID-19

Fonte: a autora, 2022.

Quadro 1 - Demonstrativo de artigos selecionados (conclusão)

2021	Vulnerabilidade de mulheres ao estupro marital: reflexões a partir do contexto da pandemia da COVID-19/ GOMES N.P. et al.	Brasil	Enfermagem	Estudo teórico-reflexivo	Estupro marital durante a pandemia da COVID-19
2020	Desafios na proteção às mulheres em situação de violência no contexto de pandemia da covid-19/ CORTES L.F. et al.	Brasil	Enfermagem	Estudo teórico-reflexivo	Proteção de mulheres em situação de violência durante a pandemia de COVID-19.
2020	Intimate partner violence against reproductive age women during COVID-19 pandemic in northern Ethiopia 2020: A community-based cross-sectional study/ GEBREWAHD G.T.; GEBREMESKEL GG.; TADESSE D.B.	África	Enfermagem	Estudo transversal	Violência contra a mulher praticada por parceiro íntimo durante a pandemia de COVID-19
2020	Sexual violence against women in Bangladesh during the COVID-19 pandemic/ SIFAT R.I.	Ásia	Ciências Sociais	Pesquisa qualitativa	Violência sexual contra mulheres e COVID-19
2020	The impact of COVID-19 on services for people affected by sexual and gender-based violence/ JOHNSON K. et al.	África	Medicina	Guia de prática clínica	Impactos da COVID-19 nos serviços de atendimento para violência sexual
2020	Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review/ SÁNCHEZ O.R.; RODRIGUES L.; SURITA F.G.	Brasil	Medicina	Revisão Integrativa	Violência contra a mulher durante a pandemia de COVID-19

Fonte: a autora, 2022.

Observou-se que, em relação ao ano de publicação, os artigos que abordam a temática da violência sexual e a violência contra a mulher como um todo no contexto da pandemia pela COVID-19 foram publicados nos anos de 2020 (05 publicações) e principalmente em 2021 (08 publicações).

Verificou-se que o Brasil foi o país com mais publicações sobre a temática abordada nos últimos 4 anos, tendo 05 artigos publicados. Ásia e África ocuparam a segunda posição, tendo cada região 02 artigos publicados. Podemos refletir que, por serem territórios considerados subdesenvolvidos, a problemática da violência sexual torna-se mais presente.

No que diz respeito à área de conhecimento que vem debruçando sobre esse assunto, a Enfermagem foi a mais atuante nas pesquisas, tendo 05 artigos publicados no período em questão.

Os métodos de pesquisa foram bem diversificados, entretanto, o estudo transversal foi o mais implementado na construção dos artigos (03 publicações), seguido da pesquisa

qualitativa e do estudo teórico-reflexivo (02 publicações cada).

Em relação à análise qualitativa das ideias principais sobre as características das mulheres que vivenciaram violência sexual antes e durante a pandemia do COVID-19, verificamos que as produções apontam as seguintes ideias: são as mulheres jovens, negras e pobres as mais vulneráveis a sofrer violência sexual, seja no período pandêmico ou não, tendo o homem como o principal agressor; devido à demanda de leitos hospitalares e recursos humanos para a assistência aos acometidos pela COVID -19, os serviços de atendimento a pacientes que sofreram violência sexual ficaram para segundo plano; as instituições governamentais e não governamentais de apoio às pessoas que vivenciam/vivenciaram a violência sexual funcionaram com restrição ou até mesmo fecharam, dificultando ainda mais o acompanhamento dos casos de violência sexual; houve discordância entre os estudos quanto ao aumento da violência sexual nas diferentes regiões do mundo, possivelmente devido a maior ou menor adesão às medidas de isolamento social ou à dificuldade de denúncia e busca por ajuda; o aumento da violência doméstica foi apontado pela maioria dos estudos, sendo associado à intensificação do convívio familiar e os diversos transtornos gerados pela pandemia e o isolamento domiciliar.

Considerando os estudos bibliográficos analisados e a escassez de informações sobre as mulheres atendidas e que vivenciaram violência sexual, despertou-me o interesse em conhecer melhor o perfil das mulheres sexualmente violentadas antes e durante a pandemia do SARS-CoV-2 e que buscaram o serviço público de saúde, referência para atendimento à mulher que vivencia violência e inquietou-me responder a seguinte questão: Quais as características sociodemográficas das mulheres sexualmente violentadas antes e/ou durante a pandemia da COVID-19? Como se caracterizou o fenômeno de ocorrência da violência sexual antes e/ou da durante a pandemia?

No alcance a esses questionamentos foram elaborados os seguintes objetivos:

- Descrever e analisar a caracterização sociodemográfica de mulheres sexualmente violentadas e atendidas numa unidade hospitalar de referência antes e durante a pandemia da COVID-19;
- Analisar comparativamente os dados epidemiológicos acerca desse fenômeno praticado contra mulheres;
- Descrever os cuidados/tratamentos realizados com as mulheres sexualmente violentadas nesse período.

Como mencionado anteriormente, o desejo em aprofundar conhecimento sobre a temática da violência sexual surgiu a partir da vivência diária em uma unidade hospitalar

referência para esse tipo de atendimento. Percebe-se no dia a dia que os protocolos e normas governamentais vigentes estão sendo implementados e que a questão da proteção e recuperação da saúde da clientela em questão é um objetivo compartilhado por toda a equipe multiprofissional. Contudo, ficam os questionamentos: se as medidas atualmente preconizadas se mostram viáveis e adequadas às necessidades de saúde da mulher que vivencia a violência sexual e como a assistência a essa clientela ocorreu no contexto da pandemia por COVID-19.

Este estudo busca contribuir na compreensão do fenômeno da violência contra a mulher, sobretudo a violência sexual, no contexto da pandemia por COVID-19 e na divulgação de como as assimetrias de gênero podem interferir no processo saúde e doença e nas relações, como um todo, em uma sociedade. Com o intuito de que se possa ampliar o debate das desigualdades de gênero e suas implicações na saúde das mulheres, espera-se que esta pesquisa possa auxiliar na formação e capacitação de profissionais de saúde, segurança pública, serviço social e judiciário que atuam nos diversos serviços que prestam atendimento às mulheres que sofrem situações de violência, no aperfeiçoamento e implementação das políticas públicas vigentes e na educação em saúde, a fim de empoderar as mulheres no reconhecimento e superação das diversas situações de violência.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 O contexto epidemiológico da violência sexual no mundo

Em todo o mundo, presume-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) (BRASIL, 2012b). As mulheres são as que mais vivenciam violência sexual, assim, “a violência sexual contra as mulheres é vista como uma questão de saúde pública no mundo, demandando o estabelecimento de políticas públicas eficazes” (PINTO et al., 2017, p. 2).

O Brasil participa de acordos internacionais de combate à violência contra a mulher, mas, percebe-se que mesmo com casos subnotificados, a problemática da violência contra a mulher é uma questão extensa e que se faz presente em nosso país e configura-se como um problema de saúde pública que afeta a integridade física e mental de mulheres, famílias e comunidades.

Além do medo, a dependência financeira do parceiro mantém as mulheres reféns da violência, impedindo a denúncia e a real dimensão do problema. Entretanto, houve no Brasil um aumento nas notificações dos casos como um todo e casos de estupro no período entre 2011 e 2016. O maior número de registros pode estar relacionado ao aumento da prevalência de estupros, ao aumento na taxa de notificação a reboque das inúmeras campanhas feministas e governamentais ou à expansão e aprimoramento dos centros de referência que registram as notificações (FBSP, 2018).

A subnotificação de casos de violência sexual não é um problema exclusivo do nosso país, “sob uma perspectiva internacional, nos Estados Unidos, apenas 15% do total dos estupros são reportados à polícia” (FBSP, 2018, p.56).

A literatura internacional demonstra que a maioria dos homicídios contra mulheres e praticados em residências são de autoria de pessoas conhecidas ou íntimas das vítimas. Em 2003, um estudo realizado nos Estados Unidos em onze cidades, com 220 vítimas de feminicídio íntimo, verificou que 70% haviam sofrido violência física do parceiro íntimo antes do assassinato. Dentre os fatores de risco observou-se o acesso a armas de fogo por parte do agressor, a dependência química e o fato de residirem no mesmo endereço (BRASIL, 2020a).

Dados do *National Intimate Partner and Sexual Violence Survey* (NISVS), nos Estados Unidos, demonstraram que 1 em cada 5 mulheres, no país, foram vítimas de estupro ou tentativa de estupro em algum momento na vida, enquanto um em cada dez homens relataram ter sofrido algum contato sexual forçado pela parceira (BRASIL, 2020a, p. 2).

Nos serviços de urgência e emergência as mulheres buscam atendimento devido a problemas diretamente ocasionados pelo ato da violência física ou sexual, como traumas, fraturas, abortamentos e até tentativas de suicídio. Já nos serviços de atenção primária, a busca por atendimento pode acontecer em decorrência de sofrimentos pouco específicos, doenças crônicas, agravos à saúde reprodutiva e sexual ou transtornos mentais (D'OLIVEIRA, 2009).

1.2 A conjuntura da pandemia de COVID-19 e a ocorrência de violência

A COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, surgiu em Wuhan, na China, em dezembro de 2019, onde casos de pneumonia se espalharam rapidamente a nível global. A doença tornou-se uma pandemia e mudou a rotina de todos os segmentos da sociedade. Apesar dos estressores desencadeados pela pandemia afetarem a todos, alguns afetam sobretudo as mulheres (ALMEIDA, 2020)

Assim que a COVID-19 foi caracterizada como uma pandemia em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), os governos de todo o mundo introduziram ou intensificaram medidas restritivas de distanciamento social visando a limitação das infecções. (SÁNCHEZ, 2020).

A pandemia causada pelo novo coronavírus - SARS-CoV-2 - pode desencadear ou potencializar desequilíbrios sociais, afetivos e psicológicos na população devido à susceptibilidade ao sentimento de insegurança, impotência, quadros de ansiedade, depressão e até tentativas de suicídio (MARCOLINO et al., 2021).

Os elementos precipitadores/intensificadores de violência conjugal durante a pandemia da COVID-19 guardam relação com os aspectos socioeconômicos relacionados à redução dos salários, ao desemprego, à falta de recursos, à dependência econômica feminina e ao aumento do uso/abuso de substâncias pelos companheiros/cônjuges. Para além disso, outro elemento apontado pela literatura guarda relação com o enfraquecimento do suporte institucional e social às mulheres, em que se inserem o apoio de instituições e de familiares (SILVA et al.,

2020).

No contexto internacional, em países com isolamento social obrigatório como China, Espanha, Itália e Brasil, observa-se um aumento significativo de casos de violência doméstica durante a pandemia. No Brasil estima-se um aumento de 50% de denúncias comparadas ao período anterior ao isolamento social, segundo dados do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MARQUES et al., 2020).

Em nosso país, o necessário isolamento social para o enfrentamento à pandemia escancarou uma dura realidade: apesar de chefiarem 28,9 milhões de famílias, as mulheres brasileiras não estão seguras nem mesmo em suas casas (VIEIRA et al., 2020). A Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos (ONDH), do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) destacou que, entre os dias 1 e 25 de março, mês da mulher, houve crescimento de 18% no número de denúncias registradas pelos serviços Disque Direitos Humanos – Disque 100 e a Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência – Ligue 180.

Johnson et al. (2020), enfatiza em sua pesquisa a importância da manutenção dos serviços clínicos para sobreviventes de violência de gênero, violência sexual e violência por parceiro íntimo como uma primeira estratégia de salvar vidas, tendo em vista que essas violências se tornaram uma “pandemia dentro da pandemia” pela COVID-19.

1.3 A associação das violências doméstica e sexual durante o distanciamento social

Embora as evidências a respeito dos impactos do isolamento sobre a violência doméstica e familiar sejam incipientes, notícias divulgadas na mídia e relatórios de organizações internacionais apontam para o aumento desse tipo de violência em vários países (PETERMAN et al., 2020; VIEIRA et al., 2020). Em todo o mundo as mulheres vivenciam não só a violência sexual praticada por desconhecidos como também por familiares em suas próprias casas, local que teoricamente as mulheres deveriam estar em segurança.

Mulheres, crianças, adolescentes e idosos tornaram-se mais vulneráveis às situações de violência doméstica devido ao isolamento, pois passaram a permanecer por mais tempo em contato com o agressor no ambiente doméstico. Somado a esse fato, houve uma diminuição significativa de redes de apoio direto com familiares e amigos, aumentando a exposição para vivência do ciclo de violência (MARCOLINO et al., 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2020), a violência doméstica é o tipo de abuso mais difundido entre os abusos de direitos humanos, porém o menos relatado. Durante a pandemia de COVID-19, esse tipo de agressão articula-se então com a violência sexual no sentido em que a mulher se torna mais vulnerável ao abuso sexual domiciliar. Longos períodos de confinamento com seus agressores e o enfraquecimento das redes de apoio à mulher que vivenciou ou vivencia situações de violência durante esse período são considerados fatores que favorecem a problemática.

Nos primeiros dias de distanciamento social os registros oficiais de violência sexual apresentaram redução na maioria dos estados brasileiros. Apesar desses registros indicarem redução da violência de gênero, os números de feminicídios e homicídios de mulheres cresceram, indicando que a violência doméstica e familiar está em ascensão (BRASIL, 2020b).

Entretanto, observa-se divergência de dados, em que pesquisas que abordaram a temática apontaram variados índices de queda e/ou ascensão das violências contra a mulher a nível internacional e no Brasil (HOEHN-VELASCO, 2021; ARAGÃO et al., 2020).

Uma pesquisa realizada no México, que explorou como a pandemia de COVID-19 afeta a violência contra as mulheres, descreveu dois padrões dominantes: 1) os lapsos de pensão alimentícia, crimes sexuais e violência doméstica seguiram uma tendência em forma de U, diminuindo durante o *lockdown*, atingindo um mínimo e começam a retornar aos níveis pré-COVID. No início do isolamento social em 2020, os crimes gerais contra as mulheres caíram 24%, a violência doméstica caiu 20%, os lapsos de pensão alimentícia 59% e os crimes sexuais 28%. Entretanto, no mês subsequente, todos os crimes contra a mulher começam a retornar aos níveis originais; 2) o feminicídios, o crime mais violento praticado contra a mulher, manteve-se relativamente constante durante a pandemia (HOEHN-VELASCO, 2021).

Já o estudo de Aragão *et al* (2020), que avaliou o perfil de mulheres vítimas de violência sexual no Brasil antes e durante a pandemia, apontou que a violência sexual apresentou um aumento durante a pandemia COVID-19, em que uma exacerbação dos conflitos entre os casais e/ou outros familiares são mais frequentes pelo fato de seus membros estarem juntos por mais tempo num mesmo ambiente (ARAGÃO et al., 2020).

Muitas mulheres acabam vivenciando o estupro marital pautado na cultura popular de que a esposa tem a obrigação de satisfazer o marido. Comumente, as mulheres permanecem em seu contexto naturalizado de submissão, no qual seu comportamento sexual está diretamente ligado a satisfazer o desejo do homem, sem vislumbrar a busca por apoio para

romper com esse relacionamento (GOMES et al., 2021). É nesse contexto que a violência sexual por parceiro íntimo pode acontecer sem que a mulher perceba a condição de violência que está sendo submetida.

Globalmente, assim como no Brasil, durante a pandemia COVID-19, ao mesmo tempo em que se observa o agravamento da violência contra a mulher, é reduzido o acesso a serviços de apoio às vítimas, particularmente nos setores de assistência social, saúde, segurança pública e justiça. Os serviços de saúde e policiais são geralmente os primeiros pontos de contato das vítimas de violência doméstica com a rede de apoio. Durante a pandemia, a redução na oferta de serviços é acompanhada pelo decréscimo na procura, pois as vítimas podem não buscar os serviços em função do medo do contágio (VIEIRA et al., 2020).

Diversos países adotaram medidas para conter a violência doméstica durante o isolamento social. O governo italiano adquiriu quartos de hotéis para servirem como abrigos provisórios para as vítimas cumprirem a quarentena obrigatória longe de seus agressores. Espanha e França anunciaram que também pretendiam transformar quartos de hotéis em abrigos para as mulheres que vivenciam a violência. Nos Estados Unidos, tribunais de estados como a Filadélfia criaram acesso remoto para registros de pedidos de proteção por telefone ou e-mail e as linhas nacionais de denúncia a violência doméstica seguem em funcionamento. Na China, apesar do aumento considerável de denúncias com um crescimento em torno de 260% em relação a 2019, Organizações não governamentais (ONGs) e ativistas têm denunciado e exposto a falta de medidas para combate à violência contra a mulher (BRASIL, 2020a).

No Brasil, o governo federal lançou um aplicativo de denúncia para vítimas de violência, os Direitos Humanos Brasil e os canais telefônicos de contato já existentes, como o Disque Direitos Humanos – Disque 100 e a Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência – Ligue 180, continuaram a funcionar normalmente durante a pandemia. Nos Estado de São Paulo, Espírito Santo e Rio de Janeiro, a Secretaria de Segurança Pública disponibilizou o Boletim de Ocorrência eletrônico para vítimas de violência doméstica, com registro on-line e priorização na análise de casos. Iniciativas da sociedade civil também surgiram, como por exemplo os Institutos Justiça de Saia, Bem Querer Mulher e Nelson Willians que lançaram a força-tarefa Justiceiras, com voluntárias que oferecem orientação jurídica, psicológica e assistência social gratuitas às vítimas de violência em todo o Brasil via WhatsApp e telefone (BRASIL, 2020b).

Entretanto, o distanciamento social ocasionou a diminuição e até mesmo a interrupção das atividades em igrejas, creches, escolas e serviços de proteção social. As prioridades dos serviços de saúde foram voltadas para a assistência aos pacientes com sintomas respiratórios e

casos suspeitos e confirmados de COVID-19. Assim, a busca por ajuda e proteção ficou prejudicada, causando o agravamento das situações de violência já instaladas (MARQUES, 2020).

No contexto pandêmico, homens que já apresentavam perfil agressivo e machista encontraram um cenário favorável para o estupro marital ao associarem o pensamento de que a mulher é um objeto de prazer, articulado ao uso ou abuso de álcool e drogas ilícitas, a diminuição de atividades externas de lazer e ao estresse como um todo potencializado pelo isolamento social (GOMES et al., 2021).

Articulações governamentais e não governamentais com envolvimento da sociedade civil são fundamentais para identificação e proteção de pessoas em situação de violência. Apesar do distanciamento social imposto pela pandemia as vítimas devem ter acesso a serviços de segurança e proteção à vida de maneira rápida e eficiente.

No que diz respeito à rede de proteção governamental no Brasil temos: Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Casas-Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório, Tribunal de Justiça, Defensorias da Mulher, Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Conselhos Tutelar para a população infanto-juvenil e idosos, Polícia Civil e Polícia Militar. Já os canais de denúncia e locais de apoio integrado auxiliam na resolução da problemática da violência através da escuta e acolhimento das vítimas mesmo que de maneira virtual. Essa estratégia surge como um importante aliado para fornecer um ambiente favorável e encorajador de denúncias (MARCOLINO et al., 2021).

O distanciamento social não deve ser visto como um produtor da violência doméstica, e sim um potencializador de situações de violência que já existiam nos ambientes domésticos. Apenas a ampliação dos meios de denúncia não é suficiente para o combate à violência, é necessário um fortalecimento na prevenção dessas situações através da capacitação profissional para manejo e identificação da violência. A divulgação das possibilidades de serviços e o acesso a meios de proteção (casas de apoio), independentemente da condição de distanciamento social, também são medidas que auxiliam na prevenção dessas situações (MARCOLINO et al., 2021). É de suma importância o desenvolvimento de medidas alternativas que ajudem na manutenção dos serviços de apoio e combate às violências praticadas contra a mulher no contexto da pandemia COVID-19.

1.4 O conceito de gênero articulado a problemática das violências

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará – ONU) considera como violência contra a mulher “todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, quanto privada” (BRASIL, 2012b, p 11).

Considerando que as desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde das mulheres, as questões de gênero devem ser consideradas determinantes de saúde e precisam ser consideradas na formulação das políticas públicas voltadas para elas. O gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É elaborado e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres (SCOTT, 1988).

O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero, a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder (SCOTT, 1988).

Sendo assim, gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais. Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas.

Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (BRASIL, 2004).

O papel social da mulher é definido por concepções que remetem à condição inata de inferioridade atribuída à natureza feminina, além disso, essas representações relacionam-se com a capacidade natural de reprodução biológica e com as responsabilidades nos cuidados com o doméstico e com a família (COELHO, 2001).

A sexualidade feminina sofre influência da cultura, em que a apropriação do corpo feminino e sua transformação em corpo social estão inseridos numa rede de significados que definem as categorias de gênero, de orientação sexual e de escolhas de parceiros. O sexo

torna-se um canal de comunicação e idealização em que no universo feminino é imposto concepções românticas e sentimentais culturalmente fabricadas, bem como o mito da santificação e pureza (HEILBORN, 2003).

A violência de gênero, em particular contra a mulher possui dados alarmantes no Brasil. O Fórum Brasileiro de Segurança Pública registrou que, apenas entre março de 2020, mês que marca o início da pandemia de covid-19 no país, e dezembro de 2021, último mês com dados disponíveis, foram 2.451 feminicídios e 100.398 casos de estupro e estupro de vulnerável de vítimas do gênero feminino (FBSP, 2021).

O movimento feminista empenha-se na luta pela autonomia das mulheres, com plenitude de direitos no mundo privado e público, de modo que para se caminhar na direção da integralidade na saúde da mulher é preciso a incorporação da dimensão de gênero e o reconhecimento de sua influência no cotidiano das suas relações e das demandas de cuidado à saúde (MELO *et al.*, 2013).

O Instituto de Pesquisa DataSenado (2021) realizou pesquisa de opinião, em parceria com o Observatório da Mulher contra a Violência (OMV), para ouvir cidadãs brasileiras acerca de aspectos relacionados à desigualdade de gênero e a agressões contra mulheres no país, apontando o seguinte panorama quanto à tipificação da violência: física (79%), seguida por psicológica (58%), moral (48%), patrimonial (25%) e sexual (22%) (SENADO FEDERAL, 2021).

Em relação ao fato de denunciarem a violência sofrida, 63% das brasileiras acreditam que as vítimas de agressão formalizam às autoridades na maioria das vezes. Além disso, para 24%, as vítimas não denunciam as agressões. Entre as razões pelas quais as vítimas de violência doméstica e familiar não denunciam as agressões sofridas, o medo do agressor se revela o principal motivo para tal comportamento, apontado por 75% das brasileiras. Em seguida, aparecem a condição de “depender financeiramente do agressor”, com 46% das menções, e o fato de “preocupar-se com a criação dos filhos”, apontado por 43% das brasileiras (SENADO FEDERAL, 2021).

A violência contra a mulher, em particular a violência sexual, ocorre nos mais diversos cenários e, apesar de afetar homens, mulheres e crianças em diferentes idades, são as mulheres as mais afetadas. O ato e as circunstâncias em que esses tipos de violências acontecem podem deixar sequelas físicas e psicológicas, que vão desde a agressão física e transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, até uma gestação indesejada e transtornos psicológicos e psiquiátricos.

Segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, o ano de 2021 marca a retomada

do crescimento de registros de estupros e estupros de vulnerável contra meninas e mulheres no Brasil, que apresentaram redução após a chegada da pandemia de Covid-19 no país. Foram registrados 56.098 boletins de ocorrência de estupros, incluindo vulneráveis, apenas do gênero feminino. Tais informações apontam que no ano de 2020, uma menina ou mulher foi vítima de estupro a cada 10 minutos, considerando apenas os casos que chegaram até as autoridades policiais. Se entre 2019 e 2020 houve uma queda de 12,1% nos registros de estupro de mulheres no país, entre 2020 e 2021 verificou-se crescimento de 3,7% no número de casos (FBSP, 2021).

A violência sexual é uma violência de gênero e está enraizada na cultura de vários países. No Nepal, por exemplo, a violência baseada em gênero e o acesso limitado a serviços de saúde sexual e reprodutiva são importantes problemas de saúde pública enfrentados por mulheres no país (LAMICHHANE et al., 2021).

Uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes é a sexual, pois atravessa e persiste ao longo da história. Mulheres, adolescentes e crianças sofrem com a violência sexual em todos os espaços sociais, sobretudo no doméstico. Aterrorizando em especial o imaginário das mulheres, esse tipo de abuso traduz-se de maneira simbólica e moral, produzindo vulnerabilidades e a sensação de insegurança que contribui para a perpetuação de uma cultura violenta e patriarcal (BRASIL, 2012a).

A violência sexual, sobretudo o estupro, é um problema de saúde pública antigo e presente por todo o mundo. Em tempos de COVID-19 em que o registro de casos de estupro aumentou em diversos países, estratégias de combate a esse tipo de violência contra a mulher entraram em debate. Em Bangladesh, por exemplo, a revolta popular através de protestos se fez presente e incentivou a adoção de mudanças mais enérgicas. No país, o estupro que já era um crime passível de prisão perpétua também poderá ser penalizado com pena de morte após uma mudança na legislação vigente realizada no primeiro ano da pandemia (SIFAT, 2020).

Na perspectiva de Cortes et al (2020) uma estratégia de prevenção da violência contra a mulher seria a educação inclusiva e equitativa de qualidade, que possibilite extinguir as disparidades de gênero. Defende ainda, que para a proteção das mulheres é imprescindível que a sociedade reconheça a origem patriarcal da violência doméstica e os gatilhos que facilitam sua reprodução e banalização em nosso cotidiano.

1.5 - Políticas públicas voltadas para a saúde da mulher e ações de enfrentamento à violência sexual no Brasil

Apesar da ampliação da rede de atenção à saúde vinculada à possibilidade de uma assistência multiprofissional, estudos apontam que “ainda se observam muitas lacunas na qualidade da prestação de serviços, principalmente no sentido da garantia da integralidade e da singularização do cuidado conforme as necessidades da população brasileira” (BRASIL, 2017, p.9).

Em uma perspectiva histórica, no Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004).

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas.

As desigualdades nas condições de vida e nas relações entre homens e mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos, começam então a ter destaque (BRASIL, 2004).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades nesse campo (BRASIL, 1984).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, IST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Contudo, ainda havia várias lacunas como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infectocontagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2004).

Elaborada no ano de 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) se propôs a atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras (BRASIL, 2004).

Sob essa ótica, a elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher (BRASIL, 2004).

Assim, no tocante à saúde da mulher, a integralidade valoriza o universo feminino na perspectiva de gênero, devendo ser defendida como caminho para a construção da autonomia e poder de voz das mulheres. A abordagem de gênero, desvenda uma realidade de fazer reconhecer que as mulheres se inserem no mundo em condição de desigualdade com os homens (MELO et al., 2013).

E a respeito da assistência de Enfermagem à saúde da mulher, observa-se que para um cuidado eficiente e de qualidade ainda são necessários ajustes gerenciais que evitem a fragmentação das ações de saúde e viabilizem as estratégias de prevenção, promoção e recuperação da saúde com respeito à singularidade de cada usuário. No âmbito da saúde da mulher “há uma fragilidade na rede quanto aos processos de acompanhamento da mulher no pré-natal, parto e pós-parto, nas ações do planejamento reprodutivo e saúde sexual” (BRASIL, 2017, p.9).

Atender às demandas de saúde das mulheres a partir da perspectiva de gênero requer superar a visão reducionista que orienta a prática profissional de cuidado, incorporando-a à multidimensionalidade humana. A necessidade de superar o reducionismo, conseqüente ao modelo hegemônico de atenção à saúde, centrado no biológico, fez a integralidade tornar-se essencial às práticas profissionais. Nessa perspectiva, o cuidado distancia-se do ato prescritivo, passando a ser permeado pelo diálogo, escuta, acolhimento, vínculo, acesso e responsabilização com qualidade formal e política (MELO et al., 2013).

No tocante à saúde da mulher, a perspectiva de gênero deve ser defendida como

caminho para a construção da autonomia e poder de voz das mulheres. A enfermagem nesse sentido deve agir na ampliação da consciência de gênero, buscando o empoderamento de quem cuida e de quem é cuidado, bem como o fortalecimento da arte e da ciência do cuidar; ampliar a participação dos profissionais em espaços políticos e a parceria com outros campos do saber, buscando construir coletivamente, instrumentos para o controle social das políticas públicas da saúde; e investir na qualidade da relação profissionais-usuários dos serviços de saúde, compreendendo os sujeitos do cuidado em sua multidimensionalidade, buscando superar o paradigma da ciência moderna que individualiza e fragmenta seres humanos (COELHO, 2005).

A militância feminista e as reivindicações dos movimentos sociais proporcionaram condições históricas, políticas e culturais fundamentais para a criação de ações de combate às violências sexuais e de gênero.

No ano de 2003, aconteceu no Brasil a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM), onde recomendações de políticas para o enfrentamento da violência sexual foram abordadas. No mesmo ano o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres foi lançado estabelecendo diretrizes, prioridades e metas para a saúde das mulheres. Durante toda a década de 2000, o Ministério da Saúde (MS) adotou medidas dentro dessa temática. Ocorreu o desenvolvimento de normas técnicas e portarias que abordavam a implementação de serviços de atenção para mulheres em situação de violência sexual, além, da criação e inserção da Ficha de Notificação de Violência nas bases de dados do SUS (LIMA, 2014).

Durante os anos de 2003 e 2007, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o Fórum Interprofissional de Atenção à Violência Sexual e Aborto Legal articulado ao movimento de mulheres estabeleceram uma parceria crítica à condutas do MS, sendo a principal delas em relação à ambiguidade do Estado Brasileiro perante às pressões religiosas no que diz respeito aos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres (LIMA, 2014).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), lançada em 2004, incorporou o enfoque de gênero para os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens. Ela também criou um programa de apoio técnico e financeiro para secretarias estaduais e municipais de Saúde no enfrentamento da violência doméstica e sexual contra a mulher (LIMA, 2014).

Atento às reivindicações dos movimentos feministas e de mulheres, o Ministério da Saúde desenvolveu ações intra e intersetoriais com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. No âmbito do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres

reconhecem-se a violência sexual como uma violação aos direitos humanos e uma questão de saúde pública (BRASIL, 2012b).

No ano de 2012, o Ministério da Saúde lançou sob o enfoque de gênero uma nova edição da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Foram revisadas normas gerais de atendimento e apoio psicossocial e a atualização de importantes procedimentos profiláticos, cumprindo assim, um dos principais eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – expandindo e qualificando a atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência no âmbito nacional, estadual e municipal. A norma também visa auxiliar os profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada, a fim de garantir o pleno exercício dos direitos humanos das mulheres que vivenciaram a violência sexual (BRASIL, 2012a).

No que diz respeito ao Código Penal Brasileiro (1940), tivemos algumas alterações através das leis 11.106/2005 e 12.015/2009, que conceituaram a violência sexual, incluindo homens e mulheres, sendo “caracterizada de forma física, psicológica ou com ameaça, compreendendo o estupro, a tentativa de estupro, a sedução, o atentado violento ao pudor e o ato obsceno, com conjunção carnal ou não” (LIMA, 2014, p. 792).

A Lei 10.778/2003 define violência contra a mulher como qualquer ação ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, seja no âmbito público ou privado. Ela estabelece ainda a notificação compulsória no território nacional, realizada nos casos de violência contra a mulher atendidas na rede pública ou privada.

As Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres (DEAMs), criadas em 1985, articuladas às Casas Abrigo que surgiram em 1990, compõem as estratégias de proteção às mulheres ameaçadas pela violência, sobretudo pela violência sexual, e com risco de vida eminente. A Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, possibilitando medidas mais rigorosas para os agressores. As violências de gênero deixam de ser punidas como crimes de menor potencial ofensivo, penalizadas com cestas básicas ou serviços comunitários (MENEGHEL, 2013). Reforçando a “Lei Maria da Penha”, em 2015 foi publicada a Lei 13.104/2015, que passou a prever o feminicídio - perseguição e morte intencional de pessoas do sexo feminino - como circunstância qualificadora do crime de homicídio, sendo inserido no rol de crimes hediondos (BRASIL, 2015b).

No total, dezenove das 27 Unidades Federativas brasileiras tiveram redução nas taxas de homicídios de mulheres entre 2017 e 2018. As reduções mais expressivas aconteceram nos estados de Sergipe (48,8%), Amapá (45,3%) e Alagoas (40,1%). Os estados com as menores taxas de homicídios de mulheres por 100 mil habitantes, em 2018 foram São Paulo (2,0), Santa Catarina (2,6), Piauí (3,1), Minas Gerais (3,3) e Distrito Federal (3,4) (BRASIL, 2020a, p.34).

O Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2020) retrata que no ano de 2018 foram notificados 78.393 casos de violência contra a mulher praticada por parceiro íntimo. As mulheres correspondem a 91,5% do total de notificações desse tipo. Nesse mesmo ano, o Brasil apresentava uma taxa de 4,3 homicídios para cada 100 mil habitantes do sexo feminino.

Observa-se com esses números alarmantes que, apesar de uma queda na taxa de homicídios contra mulheres no Brasil, a criação e vigência de leis e políticas públicas para o combate à violência sexual assim como a violência contra a mulher como um todo, ainda não são suficientes para impedir a morte anual de milhares de mulheres no Brasil.

Infelizmente, não é possível identificar o número exato de feminicídios, pois a base de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade Brasileira não fornece informações correspondes às vítimas desse tipo específico de crime. No caso do feminicídio sexual, uma maneira do mesmo ser contabilizado seria partir da categoria CID-10 - Y05 Agressão sexual por meio de força física. Sabe-se, também, que mulheres vítimas de feminicídio frequentemente foram submetidas a violências de gênero, psicológica, patrimonial, física ou sexual. O que nos faz refletir que a morte de muitas mulheres poderia ter sido evitada através de ações concretas e apoio para conseguir sair de um ciclo de violência (BRASIL, 2020a).

Em 2016, foram registrados nas polícias brasileiras 49.497 casos de estupro, conforme informações disponibilizadas no 11º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Nesse mesmo ano, no Sistema Único de Saúde foram registrados 22.918 incidentes dessa natureza, o que representa aproximadamente a metade dos casos notificados à polícia. Certamente, as duas bases de informações possuem uma grande subnotificação e não dão conta da dimensão do problema, tendo em vista o tabu engendrado pela ideologia patriarcal, que faz com que as vítimas, em sua grande maioria, não reportem a qualquer autoridade o crime sofrido (BRASIL, 2018b, p.56).

Ao ser atendida em uma unidade hospitalar, a mulher que vivenciou a violência sexual tem direito a: atendimento clínico, social e psicológico; exames laboratoriais, medicamentos para a prevenção de IST, HIV e contraceptivo de emergência; providências policiais e judiciais (se for da vontade da mesma); vacinação e imunização passiva para Hepatite B; encaminhamento ou agendamento de retorno ambulatorial para seguimento sorológico após

30 dias, além de acompanhamento clínico-laboratorial, psicológico e social, quando indicado. “A organização de serviços de atenção às vítimas de violência sexual requer o trabalho de equipes multiprofissionais, articuladas a outros serviços das redes de atenção à saúde e de proteção social” (CURITIBA, 2018, p. 9).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais define que “a violência sexual é crime previsto no art. 213 do Código Penal Brasileiro e pode ser definida como qualquer tipo de atividade de natureza erótica ou sexual que desrespeite o direito de escolha da vítima” (BRASIL, 2017, p. 70).

O atendimento hospitalar deverá ser realizado independentemente de registro de Boletim de Ocorrência, como garante a Lei 12.845/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Após o primeiro atendimento na rede privada, a mulher deve ser encaminhada para o acompanhamento no Sistema Único de Saúde (SUS).

No caso de uma gravidez indesejada resultante de um estupro, o aborto pode ser realizado por um médico conforme a Lei 2.848/1940, que também regulamenta o aborto nos casos de risco de vida materna e anencefalia, possibilidade inclusa nessa legislação em 2012.

A violência sexual cometida contra mulheres no Brasil ainda é uma cruel realidade a ser enfrentada, seja por intermédio das ações de prevenção, seja por meio do atendimento, do enfrentamento, da responsabilização e do acompanhamento de vítimas e agressores (LIMA, 2014, p. 797).

Destaca-se a importância de se oferecer um ambiente acolhedor, que apoie a mulher no momento de seu atendimento, evitando novos constrangimentos e sentir-se violentada ao denunciar. Deve-se entender que, para uma mulher chegar a pedir ajuda ou denunciar, ela encontra-se no seu limite.

A violência sexual, em razão da própria situação e das chantagens e ameaças, que humilham e intimidam quem a sofreu, pode comumente vir acompanhada de sentimentos de culpa, vergonha e medo, sendo necessário tempo, cuidado e respeito no atendimento e na escuta ofertada nos serviços de saúde e em toda a rede. Isso significa garantir atendimento e atenção humanizada e uma escuta qualificada a todos (as) aqueles (as) que acessarem esses serviços (BRASIL, 2015a).

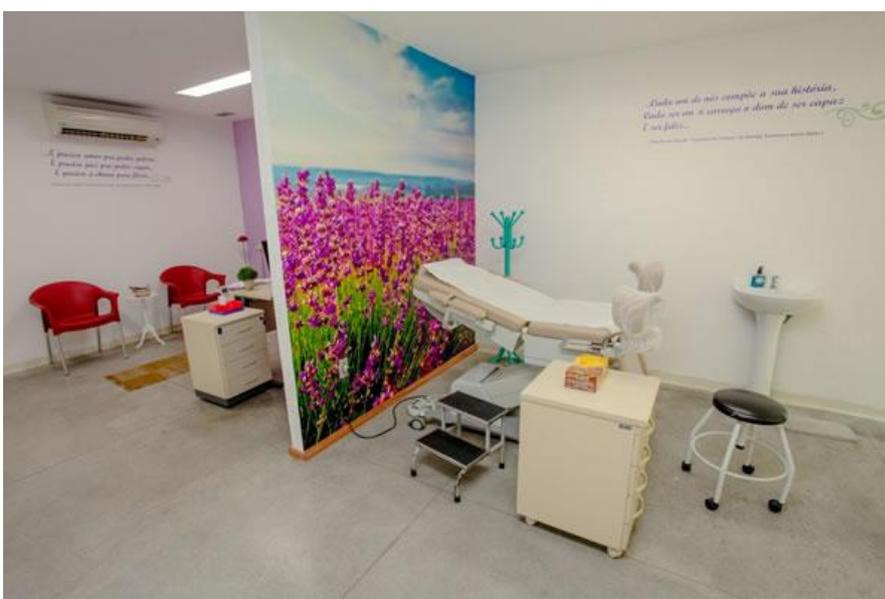
O Decreto nº 7.958/2013 assegura que durante o atendimento é preciso observar os princípios do “respeito da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da

privacidade”, além de aspectos como: o devido acolhimento em serviços de referência; a disponibilização de espaço de escuta qualificada com privacidade, de modo a proporcionar ambiente de confiança e respeito; a informação prévia das pessoas em situação de violência sexual, assegurada a compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas profissionais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento; divulgação de informações sobre a existência de serviços de referência para atendimento à violência sexual (BRASIL, 2013, 2015a).

Uma importante ferramenta de humanização da assistência a mulheres em situação de violência física e sexual foi a criação das chamadas “Salas Lilás”. A Sala Lilás do município do Rio de Janeiro é um espaço que funciona dentro do Instituto Médico Legal (IML) e no local é disponibilizado exames periciais e assistência por uma equipe multiprofissional composta por policiais, assistentes sociais e enfermeiras. A integração dos serviços é uma estratégia criada com o intuito de favorecer um ambiente mais acolhedor, para que as mulheres se sintam mais à vontade em falar sobre a violência sofrida.

O espaço foi criado a partir de uma parceria da Polícia Civil com o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, a Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde e do Rio Solidário. A ambientação mais acolhedora e aconchegante com mensagens escritas nas paredes, servem de apoio para as vítimas que estão em momentos de extrema fragilidade física e emocional. (PODER JUDICIÁRIO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2019).

Figura 1 – Sala Lilás – Instituto Médico Legal (IML) – Rio de Janeiro



2 METODOLOGIA

2.1 Desenho de estudo

Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva, retrospectiva na abordagem qualitativa do fenômeno da violência sexual contra a mulher. Buscou-se conhecer o perfil das mulheres sexualmente violentadas no primeiro ano que antecedeu a pandemia COVID-19 (ano de 2019), comparado ao primeiro ano da pandemia (ano de 2020) em uma unidade pública hospitalar no município do Rio de Janeiro, referência para atendimento de pessoas que vivenciam a violência sexual.

Através da análise documental é possível identificar, verificar e apreciar documentos que mantêm relação com o objeto sob investigação. Os documentos representam vestígios do passado e permitem a compreensão social de um fenômeno numa abrangência de tempo (MOREIRA, 2009).

A pesquisa qualitativa permite estudar um universo de significados, motivos, crenças, valores, aspirações e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos” (MINAYO, p.21,2002).

Num primeiro momento foi realizada uma busca do número geral de pessoas que foram atendidas em situação de violência no Hospital Maternidade Fernando Magalhães, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (HMFMSMS/RJ). A emergência da unidade configura-se como a porta de entrada para a assistência inicial de pessoas em situação de violência, sobretudo mulheres sexualmente violentadas. A unidade dispõe de um livro exclusivo para registro desse tipo de atendimento. A partir desse primeiro registro, buscaram-se todos os prontuários e documentos gerais de mulheres que foram atendidas em situação de violência no período retrospectivo em que corresponde a pesquisa (2019 a 2020).

Respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão, ao final da pesquisa foram analisados 84 documentos referentes ao atendimento de mulheres sexualmente violentadas no ano de 2019 (ano que antecedeu a pandemia COVID-19) e 80 documentos referentes ao atendimento de mulheres sexualmente violentadas no ano de 2020 (primeiro ano da pandemia COVID-19). Cabe ressaltar que, a documentação de 11 mulheres atendidas em 2019 e de 02 mulheres atendidas em 2020 não foi encontrada nos registros da unidade até a finalização do

processo de coleta de dados (incluindo prontuários entre outros documentos gerais como fichas de notificação, boletim de atendimento, exames e evoluções da equipe multiprofissional).

2.2 Cenário, Seleção de documentos e Estratégias de Coleta

O Hospital Maternidade Fernando Magalhães, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (HMFMSMS/RJ), foi escolhido como cenário da pesquisa por ser uma das unidades pioneiras na Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, estando cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES como referência no atendimento a esse grupo de pessoas, sobretudo mulheres.

Para a seleção de documentos a serem analisados foram examinados todos os tipos de impressos utilizados no atendimento e assistência a pessoas que vivenciaram a violência sexual, dentre eles: livro de registro de atendimentos de violência, ficha de notificação, boletins de atendimento, exames solicitados e/ou realizados, evoluções da equipe multiprofissional e prontuários.

Posteriormente, utilizou-se um instrumento para a coleta de dados previamente construído (APÊNDICE B), a fim de buscar informações sobre o perfil sociodemográfico das mulheres, dados epidemiológicos da violência sexual e de cuidados/procedimentos realizados com elas.

A separação dos prontuários a serem analisados foi realizada por funcionários do setor de documentação. É importante esclarecer que a abertura de prontuários é realizada somente quando a mulher que vivenciou a violência sexual dá prosseguimento às consultas subsequentes no ambulatório e/ou quando internada na unidade para algum procedimento. As mulheres sexualmente violentadas que realizam somente a consulta inicial de emergência não dispõem de prontuários impressos. Neste caso, as documentações preenchidas na emergência (ficha de notificação, boletim de atendimento e exames) ficam arquivadas na emergência e foram disponibilizadas para a pesquisa pela chefia de enfermagem do setor.

O primeiro contato da mulher que vivenciou a violência sexual é com a recepcionista da unidade, ela inicia o preenchimento de seus dados sociais e direciona a mulher para o atendimento de emergência. Nesse setor, a Enfermeira realiza o acolhimento da mulher e preenche a ficha de notificação específica para situações de violência sexual. É através dela

que os dados sociodemográficos e os dados sobre a violência em si começam a ser detalhados para que os procedimentos de cuidado e as condutas terapêuticas a serem prescritas possam ser determinados no atendimento médico.

Após o atendimento emergencial a mulher tem a opção de seguir o acompanhamento ambulatorial em uma unidade básica de saúde próxima de sua residência ou no ambulatório do HMFMS/SMS/RJ. Elas recebem um encaminhamento confeccionado pela unidade que descreve todas as medicações e procedimentos terapêuticos que foram realizados (ANEXOS). As mulheres que optarem por realizar o acompanhamento ambulatorial na unidade são acompanhadas por uma equipe multiprofissional. É realizada a abertura de prontuário e então permanecem recebendo assistência de Enfermagem, Medicina, Serviço Social e Psicologia.

A análise documental com fonte primária e original, ou seja, documentos que ainda não passaram por tratamento e análise, permite avaliar situações do grupo em estudo incluindo conceitos, conhecimentos, comportamentos, práticas e outras características. Através da localização, identificação, organização e avaliação das informações descritas nos documentos, é possível criar um processo sistemático de coleta, tratamento e análise de informações (CELLARD, 2008). O presente estudo baseou-se nessa perspectiva visando a possibilidade de compreender o fenômeno da violência sexual, interpretar fatos, sintetizar informações e determinar tendências num determinado período.

2.3 Critérios para a seleção de documentos a serem analisados

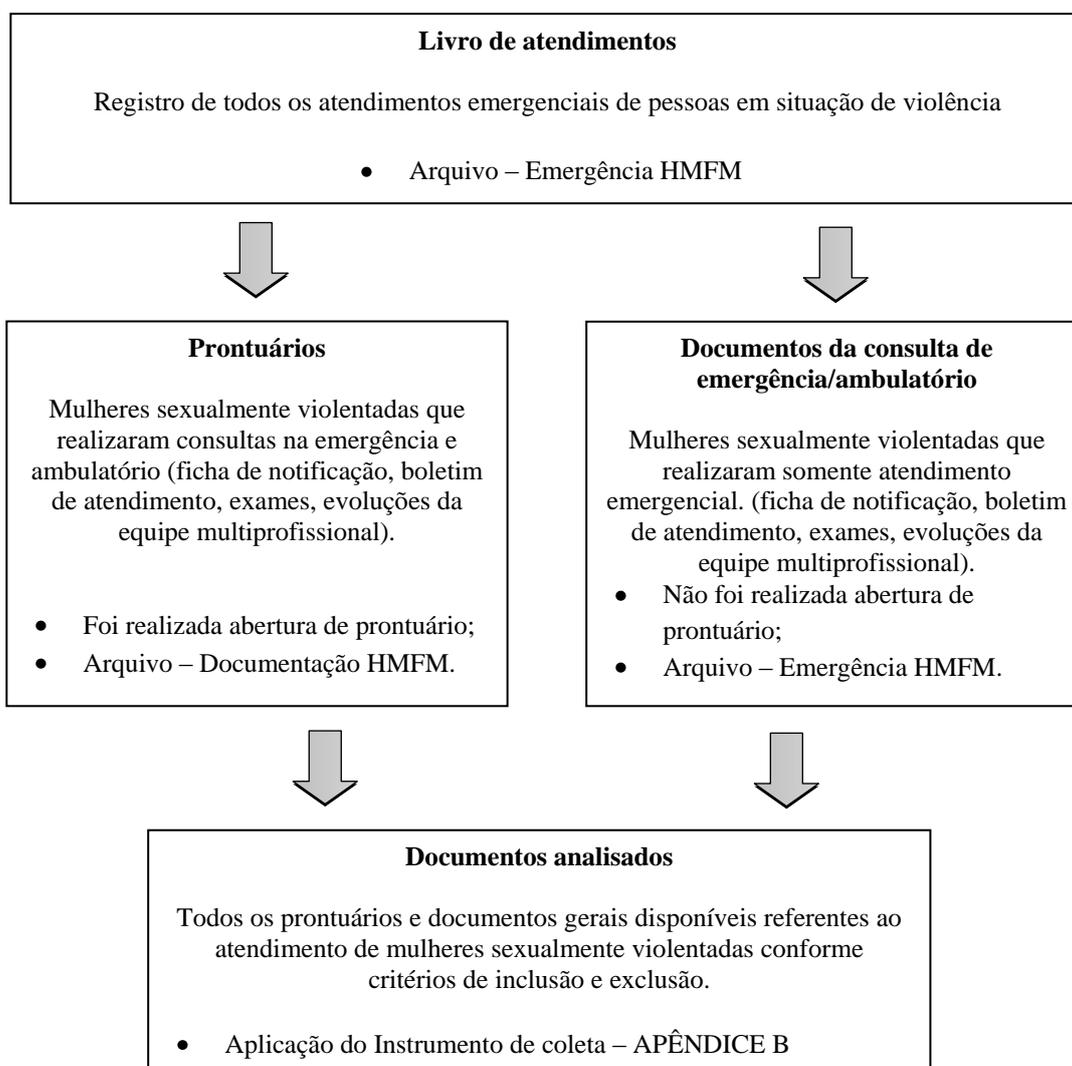
2.3.1 Critérios de inclusão

- Documentos referentes ao atendimento de mulheres sexualmente violentadas no período retrospectivo em que compreendeu a pesquisa (2019 a 2020);
- Documentos referentes aos atendimentos de sexualmente violentadas com idade igual ou superior a 18 anos;
- Documentos referentes aos atendimentos de mulheres que vivenciaram a violência sexual e foram atendidas na emergência e/ou ambulatório da unidade sediadora da pesquisa.

2.3.2 Critérios de exclusão

- Documentos referentes aos atendimentos de mulheres que tenham vivenciado outros tipos de violência exceto a violência sexual;
- Documentos referentes aos atendimentos de homens, adolescentes e crianças que vivenciaram a violência sexual.

Fluxograma 2: Seleção de documentos a serem analisados - Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM)



2.4 Aspectos éticos

Para o desenvolvimento desse estudo foi indispensável a aprovação pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sob o número de parecer 4.814.924, cumprindo-se todos os dispositivos éticos e legais de pesquisa da instituição sediadora da mesma e conforme orienta a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), por se tratar de dados sigilosos de seres humanos (BRASIL, 2012b).

2.5 Coleta de Dados

2.5.1 Documentos analisados

No ano de 2019 (ano que antecedeu a pandemia pelo COVID-19) a emergência do Hospital Maternidade Fernando Magalhães da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (HMFMSMS/RJ) atendeu 123 casos de pessoas em situação de violência, sendo 25 menores de idade, 03 casos de violência exclusivamente física e 11 documentos de atendimentos de violência que se encontravam registrados no livro de primeiro atendimento da emergência não foram encontrados. Foram assim analisados 84 documentos referentes a mulheres que vivenciaram a violência sexual.

Seguindo a mesma linha de estudo, no ano de 2020 (primeiro ano da pandemia COVID-19) foram atendidas 109 pessoas em situação de violência, sendo 26 menores de idade, 01 caso de violência exclusivamente física e 02 documentos de atendimentos de violência não foram encontrados, foram então analisados 80 documentos referentes ao atendimento de mulheres sexualmente violentadas.

Quadro 2 - Demonstrativo de mulheres sexualmente violentadas e atendidas na unidade referêcia (2019 – 2020) (continua)

Quadro 2 - Demonstrativo de mulheres sexualmente violentadas e atendidas na unidade referênciada (2019 – 2020) (conclusão)

ANO	Atendimentos de violência	Menores de idade	Mulheres acima de 18 anos	Violência Física	Não foram encontrados	Documentos analisados
2019	123	25	95	3	11	84
2020	109	26	82	1	2	80

Fonte: a autora, 2022.

2.5.2 Instrumento

Um instrumento para a coleta de dados (APÊNDICE B) foi previamente desenvolvido para o registro das informações a serem analisadas a partir dos documentos sobre os atendimentos às mulheres violentadas sexualmente. Destacamos para análise os seguintes dados:

- Dados sociodemográficos das mulheres (idade, etnia, ocupação, orientação sexual e compartilhamento da residência);
- Dados epidemiológicos da violência sexual (data e local do ocorrido, data em que buscou a unidade de saúde, preenchimento da ficha de notificação, registro em delegacia; vivência de outros tipos de violência, características do agressor, gestação por consequência da violência sexual e aborto legal);
- Dados sobre tratamento e cuidados de saúde (número de consultas de emergência e ambulatoriais, número de consultas por membro da equipe multiprofissional, uso de medicações e procedimentos terapêuticos).

2.6 -Análise dos Dados

Foi realizada a análise qualitativa dos dados coletados nos registros oficiais da unidade de pesquisa. Os valores obtidos foram inseridos em quadros, utilizando-se o programa *Microsoft Word 365* e posteriormente aplicada a análise descritiva e categorização temática deles.

As categorias estabelecem classificações e podem ser empregadas na pesquisa de campo para classificação dos dados obtidos, permitindo o aprofundamento e articulação de dados obtidos em bases teóricas com aqueles obtidos na pesquisa de campo (MINAYO, 2002).

3 RESULTADOS

Ao analisarmos o perfil Sociodemográfico das mulheres que vivenciaram violência sexual, observaram-se os seguintes resultados em relação a faixa etária:

- No período anterior a pandemia (2019) dentre as 84 mulheres violentadas sexualmente, 59 mulheres tinham de 18 a 29 anos, 21 mulheres de 30 a 40 anos, 3 mulheres de 40 a 50 anos e 1 mulher tinha mais de 50 anos de idade.
- Já no primeiro ano da pandemia (2020) das 80 mulheres violentadas sexualmente, 52 estavam na faixa de 18 a 29 anos, 24 mulheres de 30 a 40 anos, 2 mulheres de 40 a 50 anos e 2 mulheres com mais de 50 anos.

Quadro 3 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação à faixa etária (2019 – 2020)

ANO	18 a 29 anos	30 a 40 anos	40 a 50 anos	Acima de 50 anos	Documentos analisados
2019	59	21	3	1	84
2020	52	24	2	2	80

Fonte: a autora, 2022.

No que diz respeito à etnia, em 2019 a violência sexual foi praticada em 13 mulheres pretas, 31 pardas, 37 brancas, nenhuma mulher amarela ou indígena e 3 mulheres não tiveram a etnia registrada. No ano de 2020, a violência sexual foi praticada contra 20 mulheres pretas, 24 pardas, 33 brancas, nenhuma mulher amarela ou indígena e 3 mulheres que também não tiveram a etnia registrada.

Quadro 4 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação à etnia/raça/cor (2019 – 2020)

ANO	Preta	Parda	Branca	Amarela	Indígena	Ignorado	Documentos analisados
2019	13	31	37	0	0	3	84
2020	20	24	33	0	0	3	80

Fonte: a autora, 2022.

Ao observarmos a orientação sexual verificamos que, no ano de 2019 (pré-pandemia) assim como no ano de 2020 (primeiro ano da pandemia) a maioria das mulheres violentadas eram heterossexuais, sendo em 2019, 78 mulheres heterossexuais, 1 homossexual, 2 bissexuais e 3 com orientação sexual ignorada. Em 2020, 69 mulheres eram heterossexuais, 4 homossexuais, 2 bissexuais e em 5 documentações não houve descrição da orientação sexual.

Quadro 5 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação à orientação sexual (2019 – 2020)

ANO	Heterossexual	Homossexual	Bissexual	Ignorado	Documentos analisados
2019	78	1	2	3	84
2020	69	4	2	5	80

Fonte: a autora, 2022.

Quanto à ocupação profissional, no ano de 2019 dentre as mulheres estudadas, 42 estavam empregadas, 5 desempregadas, 23 estudantes, 1 aposentada, 6 do lar e 7 com a informação ignorada. Em 2020, 46 mulheres estavam empregadas, 1 desempregada, 13 estudantes, 1 aposentada, 17 do lar e em 3 documentações a ocupação não estava registrada.

Quadro 6 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação à ocupação profissional (2019 – 2020)

ANO	Empregada	Desempregada	Estudante	Aposentada	Do lar	Ignorado	Documentos analisados
2019	42	5	23	1	6	7	84
2020	46	1	13	1	17	3	80

Fonte: a autora, 2022.

Com relação à moradia, no ano de 2019, 40 das 84 mulheres violentadas sexualmente residiam com seus familiares, 6 com amigos, 4 moravam sozinhas e no prontuário de 34 das mulheres não havia o registro dessa informação. Já no ano de 2020 a maioria das mulheres também residiam com seus familiares, 48 de 80 mulheres, 4 residiam com amigos, 7 sozinhas e 21 mulheres estavam sem essa informação no prontuário.

Quadro 7 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação à moradia (2019 – 2020).

ANO	Familiares	Amigos	Sozinha	Ignorado	Documentos analisados
2019	40	6	4	34	84
2020	48	4	7	21	80

Fonte: a autora, 2022

Quanto à data da violência sexual e a busca por atendimento em unidade de saúde, avaliou-se que no ano de 2019, 12 mulheres buscaram atendimento na unidade de saúde de referência no mesmo dia da violência sexual ou até 72 horas após o ocorrido, 17 mulheres buscaram atendimento de 1 semana a 1 mês e 55 mais de um mês após o ocorrido. No ano de 2020, 10 mulheres buscaram por atendimento no mesmo dia ou até 72 horas após a violência sexual, 22 mulheres de 1 semana há 1 mês e 48 mulheres buscaram por atendimento com mais de 1 mês de intervalo.

Quadro 8 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao período transcorrido da violência (2019 – 2020)

ANO	No mesmo dia do ocorrido ou até 72 horas	De 1 semana há 1 mês	Mais de 1 mês	Documentos analisados
2019	12	17	55	84
2020	10	22	48	80

Fonte: a autora, 2022

Em relação ao preenchimento da ficha de notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada (ANEXOS), verificou-se que em 2019 foram notificados 83 casos de mulheres que vivenciaram a violência sexual e somente em 1 prontuário não constava se houve a notificação do caso pois a ficha não foi encontrada. Já no ano de 2020, todas as 80 mulheres em situação de violência sexual tiveram seus casos notificados, com cópia das fichas anexadas em prontuário.

Quadro 9 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual considerando a realização da notificação (2019 – 2020) (continua)

Quadro 9 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual considerando a realização da notificação (2019 – 2020) (conclusão)

ANO	Sim	Não	Documentos analisados
2019	83	1	84
2020	80	0	80

Fonte: a autora, 2022.

Com relação ao registro da violência sexual em delegacias de polícia, observou-se que, em 2019 apenas 11 das 84 mulheres violentadas registraram a ocorrência enquanto em 2020 apenas 16 das 80 mulheres realizaram esse registro.

Quadro 10 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao registro policial (2019 – 2020)

ANO	Sim	Não	Documentos analisados
2019	11	73	84
2020	16	64	80

Fonte: a autora, 2022.

O cenário em que as mulheres vivenciaram a violência sexual foram diversificados em ambos os anos. Em 2019, 17 mulheres foram violentadas em suas residências, 2 no trabalho, 27 em via pública e 38 em outros locais. Em 2020, 20 mulheres foram violentadas sexualmente em suas residências, 24 em via pública, 36 em outros locais e nenhuma em seus trabalhos.

Quadro 11 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao local de ocorrência da violência (2019 – 2020)

ANO	Residência	Trabalho	Via pública	Outros (carro, motel, casa de festas, casa de amigos, boate, casa do agressor etc.)	Documentos analisados
2019	17	2	27	38	84
2020	20	0	24	36	80

Fonte: a autora, 2022.

No ano de 2019, das 84 mulheres que vivenciaram a violência sexual, 51 mulheres também vivenciaram a violência física, 3 passaram por tortura, 36 por violência psicológica/moral e 6 por violência econômica/financeira. Assim como no ano de 2020, das 80 mulheres que vivenciaram a violência sexual, 55 vivenciaram a violência física, 6 foram torturadas, 39 vivenciaram violência psicológica/moral e 2 a violência financeira/econômica.

Quadro 12 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao tipo de violência vivida (2019 – 2020)

ANO	Física	Tortura	Psicológica/moral	Financeira/econômica	Documentos analisados
2019	51	3	36	6	84
2020	55	6	39	2	80

Fonte: a autora, 2022

Quanto ao sexo dos agressores, no ano de 2019 de 84 mulheres, 79 mulheres relataram ter sido sexualmente violentadas por homens e 5 não souberam informar. Em 2020, 68 mulheres relataram ter sido violentadas sexualmente por homens e 12 não souberam informar.

Quadro 13 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação à identificação do agressor (2019 – 2020)

ANO	Agressor masculino	Agressor com sexo não identificado	Documentos analisados
2019	79	5	84
2020	68	12	80

Fonte: a autora, 2022

Em alguns registros as mulheres não se lembram detalhes do momento da violência e não souberam identificar o sexo do agressor, seja por uso excessivo de bebida alcoólica, uso de drogas ilícitas ou por terem sido dopadas no momento da violência. Contudo, o estudo considerou que todas as mulheres foram violentadas por homens, pois todas aquelas que não souberam identificar o sexo do agressor afirmaram ter uma gravidez por consequência da violência sexual. Já outras mulheres afirmaram ainda sinais sugestivos de violência sexual e física como: dor e sangramento vaginal e/ou anal de aparente penetração forçada, mordidas e

hematomas pelo corpo e vestígios de secreção em genitália ou roupa íntima semelhante a sêmen.

Na avaliação quanto ao número de agressores no ato de violência sexual contra a mulher, observou-se que tanto no ano de 2019, quanto no ano de 2020, as mulheres foram violentadas em sua maioria por um único indivíduo. Em 2019, 60 mulheres relataram terem sido violentadas por um agressor, 10 por dois ou mais agressores e 14 não souberam informar. Em 2020, 67 foram violentadas por um único agressor, 3 por dois ou mais agressores e 10 mulheres não souberam informar o número de agressores.

Quadro 14 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao número de agressores (2019 – 2020)

ANO	1 agressor	2 ou mais agressores	Ignorado	Documentos analisados
2019	60	10	14	84
2020	67	3	10	80

Fonte: a autora, 2022

A idade aproximada do agressor é um dos aspectos pontuados na ficha de notificação da violência sexual. No ano de 2019, uma mulher relatou que foi violentada sexualmente por um indivíduo na faixa etária entre 10 e 19 anos, 5 mulheres por indivíduos de 20 a 24 anos, 57 mulheres por indivíduos entre 25 e 59 anos e em 21 dos casos não havia registro dessa informação. Já no ano de 2020, 1 mulher relatou que foi violentada sexualmente por um indivíduo entre 10 e 19 anos, 9 mulheres por indivíduos de 20 a 24 anos, 53 mulheres por indivíduos entre 25 e 59 anos e em 17 dos casos essa informação foi ignorada.

Quadro 15 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação à faixa etária dos agressores (2019 – 2020)

ANO	10 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 59 anos	Ignorado	Documentos analisados
2019	1	5	57	21	84
2020	1	9	53	17	80

Fonte: a autora, 2022

Já a etnia do agressor não é um aspecto contemplado na ficha de notificação. No ano de 2019, no registro de 84 mulheres somente em duas documentações de atendimento é citada em observações a etnia dos agressores, sendo 1 pardo e 1 branco. No ano de 2020 o dado é ainda mais escasso, nenhuma observação quanto à etnia dos agressores foi encontrada nos 80 documentos analisados.

Quadro 16 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação à etnia do agressor (2019 – 2020)

ANO	Preto	Pardo	Branco	Amarelo	Indígena	Ignorado	Documentos analisados
2019	0	1	1	0	0	82	84
2020	0	0	0	0	0	80	80

Fonte: a autora, 2022

Com relação ao vínculo com o agressor, em 2019 a violência sexual praticada em 84 mulheres foi por 35 indivíduos conhecidos, ou seja, homens que mantinham algum vínculo e contato com elas, as outras 49 ocorrências foram praticadas por desconhecidos. No ano de 2020, das 80 mulheres, 35 também foram violentadas por um conhecido e 45 mulheres por um desconhecido.

Dentre os indivíduos conhecidos, as mulheres relataram que foram sexualmente violentadas por seus companheiros, ex-companheiros, familiares como tio, padrasto e primo, além de amigos.

Quadro 17 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao vínculo com o agressor (2019 – 2020)

ANO	Conhecido (familiar, companheiro, ex-companheiro ou amigo)	Desconhecido	Documentos analisados
2019	35	49	84
2020	35	45	80

Fonte: a autora, 2022.

A gestação indesejada é uma das consequências da violência sexual que envolve ainda a busca pelo aborto legal (AL). No ano de 2019 das 84 mulheres, 68 se disseram grávidas por

consequência do ocorrido e buscaram o AL. No ano de 2020 essa busca foi semelhante, num total de 80 mulheres 66 se disseram grávidas e solicitaram o aborto legal. Não houve registro de violência sexual praticada contra uma mulher já estando grávida.

Quadro 18 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual, engravidaram como consequência e buscaram o aborto legal (2019 – 2020)

ANO	Mulheres que se disseram grávidas devido à violência sexual e buscaram o AL	Mulheres não grávidas devido à violência sexual	Documentos analisados
2019	68	16	84
2020	66	14	80

Fonte: a autora, 2022

Com relação à realização do aborto legal (AL), no ano de 2019 das 68 mulheres que se disseram grávidas em decorrência da violência sexual, 33 realizaram o AL. Já no ano de 2020, das 66 mulheres que se disseram grávidas 39 realizaram o AL.

Quadro 19 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação à realização do aborto legal por consequência de gravidez pela violência (2019 – 2020)

ANO	Mulheres que não obtiveram liberação para o AL	Mulheres que realizaram o AL	Mulheres que desistiram do AL	Mulheres que relataram ter prosseguido com a gestação	Mulheres que evoluíram com aborto espontâneo	Sem desfecho do caso	Documentos analisados de mulheres grávidas
2019	5	33	1	2	2	25	68
2020	11	39	0	2	2	12	66

Fonte: a autora, 2022

As mulheres que tiveram o aborto legal recusado pela instituição (5 mulheres em 2019 e 11 mulheres em 2020) se deu após a direção médica avaliar através dos registros da equipe multiprofissional, que a data da violência sexual não correspondia com a idade gestacional informada pela ultrassonografia e pelo cálculo da data da última menstruação (DUM).

Cabe ressaltar que no ano de 2019 no grupo de “Mulheres que relataram ter prosseguido com a gestação” duas mulheres tiveram o aborto legal recusado devido a idade gestacional avançada (acima de 20 semanas), sendo oferecido o pré-natal na instituição com posterior adoção se fosse o desejo delas. Segundo registros descritos em documentos de

atendimento, ambas alegaram que dariam continuidade à gestação, porém não retornaram para acompanhamento na unidade.

No mesmo ano (2019), uma mulher desistiu do aborto legal por não ter certeza se o conceito era por consequência da violência sexual ou de seu relacionamento atual e duas evoluíram com aborto espontâneo. O desfecho da gestação indesejada de 25 mulheres não foi encontrado nos registros.

Já no ano de 2020, nenhuma mulher desistiu do AL e duas evoluíram com aborto espontâneo. Com idade gestacional avançada para a realização do AL, uma mulher teve o procedimento recusado, o pré-natal na unidade foi disponibilizado, mas ela não retornou.

Ainda em 2020, uma mulher deu continuidade na gestação, realizou o pré-natal na unidade, iniciou o processo de adoção do recém-nascido, porém ainda no puerpério desistiu do processo de adoção e permaneceu com seu filho. Não foi encontrado o desfecho da gestação indesejada de 12 mulheres.

No setor da emergência são iniciados os primeiros cuidados à saúde da mulher que vivenciou violência sexual de acordo com a história e o tempo do ocorrido. Posteriormente, a mulher é direcionada para dar continuidade à assistência no ambulatório da unidade ou em uma unidade básica de saúde próxima a sua residência. Cabe ressaltar que, o não desfecho de alguns casos, não significa que a mulher seguiu ou não com acompanhamento de saúde na atenção básica.

Fluxograma 3 - Fluxo de atendimento na unidade de referência - Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFm)



Fonte: a autora, 2022

No que diz respeito às consultas de emergência com os profissionais de Enfermagem e de Medicina é protocolo que todas as mulheres que vivenciam violência sexual, realizem uma consulta de emergência na unidade.

Quadro 20 – Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação às consultas realizadas (2019-2020)

ANO	Consulta de Emergência Enfermagem	Consulta de Emergência Medicina	Documentos analisados
2019	84	84	84
2020	80	80	80

Fonte: a autora, 2022

Em relação às consultas no ambulatório da unidade sedidora da pesquisa, no ano de 2019, num total de 84 mulheres, 56 mulheres grávidas deram continuidade ao acompanhamento ambulatorial da unidade enquanto somente 4 mulheres não grávidas buscaram o acompanhamento após a violência sexual; 20 mulheres não buscaram o ambulatório para dar continuidade na assistência de saúde. Em 2020, num total de 80 mulheres, 61 grávidas prosseguiram em acompanhamento ambulatorial enquanto 5 não grávidas seguiram o acompanhamento igualmente disponibilizado; e 14 não deram continuidade.

Quadro 21 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação às consultas no ambulatório da unidade sedidora da pesquisa (2019-2020)

ANO	Mulheres grávidas	Mulheres não grávidas	Mulheres que não buscaram atendimento ambulatorial	Documentos analisados
2019	56	4	20	84
2020	61	5	14	80

Fonte: a autora, 2022

Quanto ao número total de consultas ambulatoriais de mulheres sexualmente violentadas com a equipe multiprofissional, tivemos em 2019 a realização de 190 consultas, sendo 45 consultas com enfermeira, 29 com médica, 67 com psicóloga e 49 com assistente

social. No ano de 2020 foram 34 consultas com enfermeira, 48 com a médica, 63 com psicóloga e 59 com assistente social.

Quadro 22 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao profissional que atendeu/consultas de continuidade (2019-2020)

ANO	Enfermeira	Médica	Psicóloga	Assistente Social	Total de consultas ambulatoriais pela equipe multiprofissional
2019	45	29	67	49	190
2020	34	48	63	59	204

Fonte: a autora, 2022.

Para maior detalhamento, avaliou-se, separadamente, o número aproximado de consultas ambulatoriais realizadas por membro da equipe multiprofissional no primeiro ano que antecedeu a pandemia COVID-19 (2019) e no primeiro ano em que ocorreu a pandemia COVID-19.

No que diz respeito às consultas de Enfermagem com mulheres que foram acompanhadas no ambulatório da unidade após serem sexualmente violentadas, tivemos em 2019 dentre as 60 mulheres, 48 que não realizaram nenhuma consulta de Enfermagem, 10 realizaram de 1 a 3 consultas e 2 mais de 3 consultas. Em 2020, das 66 mulheres, 62 não realizaram nenhuma consulta, 2 de 1 a 3 consultas e 2 mulheres realizaram mais de 3 consultas de enfermagem.

Quadro 23 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao número de consulta de Enfermagem (2019-2020)

ANO	Enfermagem (zero consultas)	Enfermagem (1 a 3 consultas)	Enfermagem (mais de 3 consultas)	Total de mulheres que realizaram acompanhamento ambulatorial
2019	48	10	2	60
2020	63	2	2	67

Fonte: a autora, 2022

Com relação às consultas de Medicina, em 2019 dentre as 60 mulheres, 57 não realizaram nenhuma consulta, 3 mulheres realizaram de 1 a 3 consultas e nenhuma mais de 3 consultas. Em 2020, das 66 mulheres, 34 não realizaram nenhuma consulta, 20 de 1 a 3 consultas e nenhuma mulher realizou mais de 3 consultas.

Quadro 24 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao número de consulta de Medicina (2019-2020)

ANO	Medicina (zero consultas)	Medicina (1 a 3 consultas)	Medicina (mais de 3 consultas)	Total de mulheres que realizaram acompanhamento no ambulatório
2019	57	3	0	60
2020	34	20	0	54

Fonte: a autora, 2022

Quanto às consultas de Psicologia, no ano de 2019 de 60 mulheres, 34 não realizaram nenhuma consulta, 25 realizaram de 1 a 3 consultas e 1 mulher mais de 3 consultas. Em 2020, das 66 mulheres, 30 não realizaram nenhuma consulta, 35 de 1 a 3 consultas e 1 mulher realizou mais de 3 consultas de Psicologia.

Quadro 25 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao número de consulta de Psicologia (2019-2020)

ANO	Psicologia (zero consultas)	Psicologia (1 a 3 consultas)	Psicologia (mais de 3 consultas)	Total de mulheres que realizaram acompanhamento no ambulatório
2019	34	25	1	60
2020	30	35	1	66

Fonte: a autora, 2022

Em relação às consultas de Serviço social, no ano de 2019 dentre as 60 mulheres que buscaram o ambulatório, 31 não realizaram nenhuma consulta, 29 mulheres realizaram de 1 a 3 consultas e nenhuma mais de 3 consultas. Em 2020, de 66 mulheres, 24 não realizaram nenhuma consulta, 36 mulheres realizaram de 1 a 3 consultas e nenhuma mulher realizou mais de 3 consultas com a assistente social.

Quadro 26 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao número de consulta do serviço social (2019-2020) (continua)

Quadro 26 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao número de consulta do serviço social (2019-2020) (conclusão)

ANO	Serviço social (zero consultas)	Serviço social (1 a 3 consultas)	Serviço social (mais de 3 consultas)	Total de mulheres que realizaram acompanhamento no ambulatório
2019	31	29	0	60
2020	24	36	0	60

Fonte: a autora, 2022

O Serviço Social tem como atividade mais comum, orientar quanto ao aborto legal, doação da criança oriunda da violência sexual, medidas protetivas e de orientações quanto aos abrigos.

No ano de 2019, 27 mulheres acompanhadas no ambulatório foram orientadas quanto ao direito ao aborto legal e 02 mulheres foram orientadas sobre a possibilidade de disponibilizar a criança fruto da violência para adoção, já que ambas estavam com idade gestacional acima de 20 semanas o que impossibilita a realização do aborto legal.

No ano de 2020, 35 mulheres foram orientadas quanto ao aborto legal e 02 delas também foram orientadas quanto à denúncia da violência em delegacia, medidas de proteção, casas de apoio e abrigo já que se encontravam em situação de risco de vida devido às ameaças dos agressores. A única mulher que desejou disponibilizar a criança para doação foi orientada quanto ao processo.

Com relação às medidas de promoção da saúde e proteção de doenças às mulheres que vivenciaram a violência sexual, a unidade sediadora da pesquisa segue as condutas com base na Lei no 12.845/2013 que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, evitando-se encaminhamentos e transferências desnecessários e aplica as medidas propostas pelo Ministério da Saúde através da “Norma Técnica de Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios” (BRASIL, 2015) articulada ao “Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais”(BRASIL, 2017).

Cabe ressaltar que algumas mulheres do estudo buscaram assistência de saúde prévia na rede de atenção básica, hospitais gerais, hospitais da rede privada ou fizeram uso de medidas preventivas e de cuidado à saúde por conta própria antes de procurarem a unidade de referência que sediou a pesquisa. Nesse contexto, foram considerados todos os cuidados de

saúde, medidas de prevenção de doenças e medidas contraceptivas que as mulheres em estudo relataram ter realizado dentro e fora da unidade de pesquisa.

Quadro 27 - Demonstrativo das mulheres que vivenciaram violência sexual em relação ao tipo de procedimentos realizados na emergência (2019-2020)

Procedimentos	Sim		Não		Ignorado		Atendimentos até 72h após a violência sexual		Total de atendimentos	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
ANO	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Antirretrovirais	14	12	67	67	3	1	12	10	84	80
Profilaxia para Hepatite B (vacina)	6	7	78	71	0	2	12	10	84	80
Coleta de sorologias (HIV, Hepatites e Sífilis)	75	73	7	4	2	3	12	10	84	80
Exames diagnósticos de gravidez (sangue, urina e USG)	77	73	7	6	0	1	12	10	84	80
Contraceptivo de emergência	16	28	68	50	0	2	12	10	84	80
Medicações preventivas para IST	6	12	78	67	0	1	12	10	84	80

Fonte: a autora, 2022

Com relação à profilaxia para o HIV com uso de antirretrovirais, 14 de 84 mulheres violentadas sexualmente no ano de 2019 fizeram uso da medicação, 67 não fizeram uso e em 3 registros, a informação estava ignorada. Em 2020 foram 12 de 80 mulheres que receberam a medicação, 67 mulheres também não fizeram uso e em 1 prontuário não constava essa informação.

Quanto à profilaxia para Hepatite B, somente 6 de 84 mulheres violentadas sexualmente no ano de 2019 foram vacinadas contra a doença enquanto 78 mulheres não receberam a vacina. Já em 2020, 7 mulheres foram vacinadas, 71 mulheres não foram vacinadas e em 2 registros a informação sobre a vacinação estava ausente. Não houve registro de encaminhamento para imunização passiva com uso de soro contra Hepatite B (IGHAHB). A vacinação das mulheres foi realizada conforme o esquema vacinal apresentado ou informado por elas.

A coleta de sangue para exame sorológico de HIV, Hepatites (B e C) e Sífilis, em 2019 foi realizada em 75 das 84 mulheres atendidas, 7 não realizaram coleta e em 2 registros a informação estava ausente. Já no ano de 2020, de 73 das 80 mulheres atendidas colheram

exame de sangue para sorologias, 4 mulheres não realizaram o exame sorológico e em 3 registros a informação da coleta era ausente.

Com relação à realização de exames diagnósticos para gravidez, tivemos em 2019 a realização de 77 exames dentre as 84 mulheres, enquanto 7 mulheres não realizaram. Em 2020, 73 de 80 mulheres realizaram exames diagnósticos para gravidez, 6 mulheres não realizaram e em um registro essa informação estava ausente.

A contracepção de emergência foi realizada por somente 16 das 84 mulheres em 2019, enquanto 68 mulheres não utilizaram o método. Já em 2020, houve um discreto aumento na utilização do contraceptivo de emergência em que 28 de 80 mulheres fizeram uso da contracepção de emergência, 50 mulheres não utilizaram o método e em 2 registros essa informação não foi encontrada.

Algumas mulheres fizeram uso do contraceptivo de emergência por conta própria, a “pílula do dia seguinte” como é popularmente conhecida, e foi citada pelas mulheres nos registros das fichas de atendimento. O medicamento pode ser comprado sem receita médica nas farmácias e é disponibilizado em unidades básicas de saúde.

Em relação à administração de medicações preventivas para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), no ano de 2019 apenas 6 de 78 mulheres utilizaram medicações preventivas para IST. Em 2020, 12 de 80 mulheres foram medicadas, 67 não fizeram uso de nenhuma medicação preventiva para IST e em 1 prontuário não havia essa informação.

A discussão a seguir será apresentada a partir de três categorias analíticas construídas:

1. Caracterização social das mulheres atendidas numa unidade hospitalar de referência para delitos sexuais que vivenciaram a violência sexual antes e durante a pandemia de COVID-19;
2. Caracterização da violência sexual contra mulheres antes e durante a pandemia pela COVID-19 e
3. Práticas de cuidados e/ou tratamentos aplicados às mulheres que vivenciaram a violência sexual antes e durante a pandemia da COVID-19 na unidade de referência.

4 DISCUSSÃO

4.1 Caracterização sociodemográfica das mulheres atendidas numa unidade hospitalar de referência para delitos sexuais que vivenciaram a violência sexual antes e durante a pandemia de COVID-19

Os agressores apresentaram preferência por mulheres mais jovens, fato que também foi verificado em um estudo realizado na Espanha (SANZ-BARBERO, et al., 2021). Entretanto, foi verificado em ambos os anos que a mulher está susceptível ao delito sexual em qualquer fase de sua vida.

Aragão et al. (2020), em seu estudo que avaliou o perfil de mulheres que vivenciaram a violência sexual, também apontou que são as adultas jovens, no período reprodutivo, em ascensão econômica e social as mais visadas pelos agressores.

A etnia/raça/cor autodeclarada é um item presente na ficha de notificação, porém, não é possível afirmar que em seu preenchimento o profissional de saúde teve o cuidado de orientar a mulher a definir sua etnia com base em sua autopercepção. É importante ressaltar que, apesar de em ambos os anos as mulheres que se consideraram brancas terem sido as mais visadas pelos agressores, na verdade, foram as mulheres pretas e pardas – afrodescendentes - o grupo de mulheres que mais sofreram violência sexual tanto no ano que antecedeu a pandemia, quanto no primeiro ano de pandemia.

Há discordância em relação à predominância de uma etnia/raça/cor dentre as mulheres sexualmente violentadas. Uma pesquisa que avaliou estudos acerca da violência sexual no Brasil (ARAGÃO et al., 2020) relatou essa discordância e na análise de artigos anteriores verificou que alguns artigos citaram mulheres brancas como a maioria das vítimas (ROSA et al., 2018; SILVA et al., 2015) enquanto outros apontaram pardas como a maioria das mulheres que vivenciaram a violência sexual (PEREIRA et al. 2019; VIEIRA et al. 2020). Essa discordância pode estar associada à composição da população em que a pesquisa foi realizada e ao contexto histórico em que essas mulheres estavam inseridas.

Condições precárias de moradia, estudo e preconceito são fatores que podem influenciar na questão da etnia de mulheres sexualmente violentadas (ARAGÃO et al., 2020).

Apesar da diferença ser discreta, em 2018 foram as mulheres negras que sofreram mais violências de todos os tipos, incluindo a violência sexual (BRASIL, 2019).

Vasconcelos et al. (2021) enfatizou que nas crises sanitárias de saúde pública, as mulheres são as mais prejudicadas, sobretudo aquelas com baixa condição financeira. Considerando as desigualdades estruturais da sociedade brasileira, as mulheres negras são as mais expostas aos diversos riscos trazidos pela pandemia da COVID-19, seja no ambiente domiciliar devido aos transtornos econômicos, seja na rotina de trabalho desenvolvendo atividades mais precárias.

Na periferia de São Paulo, por exemplo, teve um aumento significativo de casos de COVID-19, sendo as mulheres negras as mais afetadas pelos prejuízos trazidos pela pandemia. Pontuou também suas impossibilidades para o trabalho remoto devido à precariedade financeira ou natureza do trabalho desenvolvido, a vulnerabilidade social nos territórios investigados que não permaneceram em estado de isolamento social, e enfatizou a necessidade de aprimoramento profissional com abordagem interseccional que considere gênero, raça e classe, pois também são as mulheres mais pobres as mais afetadas pela pandemia. (CAMPOS et al., 2020).

Ao analisarmos a orientação sexual verificamos que, tanto no ano pré-pandêmico (2019) quanto no primeiro ano de pandemia (2020), foram as mulheres heterossexuais as que mais sofreram a violência sexual.

A abordagem da orientação sexual das mulheres não é um tema frequentemente abordado nos estudos de violência sexual. Entretanto, Sanz-Barbero et al (2021), em uma pesquisa que abordou a prevalência de violência sexual em jovens adultos espanhóis em 2019 no período antes, durante e após o bloqueio devido à COVID-19, encontrou um resultado diferente, que apontou maior prevalência de violência sexual em mulheres bissexuais (17,5%), ressaltando ainda que isso pode ocorrer pelo fato dessa população pertencer a dois grupos discriminados, ou seja, por serem mulheres e serem minoria sexual.

Na avaliação da ocupação foram consideradas como “empregadas” todas as mulheres que referiram ter uma ocupação remunerada, sejam por empregos formais, informais e autônomos.

Segundo estudo realizado em 2018 sobre a Vitimização de Mulheres no Brasil, mulheres com baixa escolaridade tendem a sofrer mais situações de violência em casa quando comparadas àquelas com maior escolaridade (BRASIL, 2019). As mulheres com maior escolaridade (ensino médio e superior) são as que mais sinalizaram as violências quando comparadas às de baixa escolaridade.

Apesar das diferenças culturais, as mulheres pobres são as mais vitimizadas pela violência em todo o mundo. Em estudo realizado no Nepal, por exemplo, verificou que as mulheres *Dalit* foram as que mais sofreram violência física. *Dalits* são pessoas socialmente marginalizadas que enfrentam discriminação nas esferas social, política, de educação, saúde e economia, deixando as mulheres *Dalit* mais vulneráveis a enfrentar violências. (LAMICHHANE et al., 2021).

A informação sobre com quem as mulheres residem foram coletadas nos registros de diferentes profissionais, especialmente do Serviço Social. O preenchimento dessa informação não é um item obrigatório na ficha de notificação apesar de sua importância na correlação ou não da violência sexual com a violência doméstica.

Não foram evidenciadas diferenças significativas no perfil sociodemográfico das mulheres sexualmente violentadas antes e durante a pandemia por COVID-19. Esse achado também foi encontrado no estudo realizado no Nepal, que não encontrou mudança significativa na prevalência de violência física ou sexual entre as participantes da pesquisa realizada antes e durante a pandemia de COVID-19, contrastando com achados de estudos anteriores de outros países (LAMICHHANE et al., 2021).

4.2 Caracterização da violência sexual contra mulheres antes e durante a pandemia pelo COVID-19

O tempo entre a data da violência sexual e a busca por uma unidade de saúde de referência para pessoas em situação de violência sexual é fundamental para a conduta a ser adotada na proteção, recuperação e promoção da saúde das mulheres que vivenciam a violência sexual. Para que as medidas de profilaxia de doenças e prevenção da gravidez sejam eficientes elas devem ser iniciadas até 72 horas após a violência sexual (BRASIL, 2017). A demora na busca por uma assistência de saúde nos faz refletir se essas mulheres não buscaram atendimento por desconhecimento das medidas de profilaxia, por estarem emocionalmente abaladas ou se a busca pela unidade meses após o ocorrido aconteceu por se descobrirem grávidas.

A ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada é um impresso padronizado pelo Ministério da Saúde sendo uma atribuição para todos os serviços de saúde preencherem obrigatoriamente os dados contidos nela, de modo a possibilitar a análise das

informações conforme orienta a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional (BRASIL, 2014b).

A mulher que vivenciou a violência sexual e busca uma unidade de saúde para atendimento deverá ter seu caso notificado pelo profissional da saúde, independente do tempo em que se deu o ocorrido. A notificação dos casos é de suma importância para avaliação de dados epidemiológicos que avaliam a dimensão do fenômeno da violência sexual.

A notificação compulsória de suspeita ou evidência de violências interpessoais e autoprovocadas é uma ferramenta de informação que possibilita conhecer para intervir, e é também um instrumento que garante os direitos das pessoas ao acionar a rede de atenção e proteção. Nas situações de violência sexual essa notificação além de obrigatória é imediata para mulheres e homens em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2015a).

Possivelmente, sentimentos como a vergonha, culpa, medo de serem julgadas perante a sociedade são alguns motivos que desmotivam a mulher sexualmente violentada a buscar ajuda em uma delegacia. Além disso, possíveis represálias, o fato de residirem próximo ao agressor ou mesmo em comunidades mais violentas são fatores que podem justificar a subnotificação de registros de violência sexual nas delegacias de polícia.

O registro em delegacias de polícia é importante para auxiliar as mulheres com relação a medidas protetivas e para avaliação geral da problemática da violência sexual. A maioria das mulheres não registrou ocorrência em ambos os anos avaliados pelo estudo, um achado que confirma a problemática da subnotificação de casos descrita em estudos anteriores que associam o tabu e a forte influência da ideologia patriarcal à baixa denúncia desse tipo de crime às autoridades policiais (BRASIL, 2018b).

No ano de 2018, apenas 10% das mulheres que sofreram algum tipo de violência no Brasil relataram ter buscado uma delegacia da mulher após o episódio, nenhum tipo de ajuda ou registro foi realizado em 52% dos casos (BRASIL, 2019). Entretanto, ao compararmos o número de registro em delegacias nos dois anos contemplados pela pesquisa (2019-2020), foi observado um discreto aumento no número de denúncias de violência sexual contra mulheres. Esse fato pode estar associado ao Boletim de Ocorrência online disponibilizado pelo Estado do Rio de Janeiro no contexto da pandemia.

Ainda assim, o número de casos de violência sexual registrados em delegacias de polícia é reduzido, sendo as Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres – DEAMs como uma das políticas públicas mais utilizadas no enfrentamento à violência contra

as mulheres no Brasil, servindo também de modelo para países da América Latina e África (BRASIL 2015a).

Nessa pesquisa, as mulheres relataram terem sido violentadas em suas residências, no trabalho, em via pública e em outros locais citados, que foram incluídos no grupo “outros” na divisão de grupos referentes aos locais onde a violência sexual foi praticada. Violência praticada no carro, motel, bares, boates, casas de festas, casa de amigos e a casa do agressor compõem os “outros” locais citados pelas mulheres. Onde teoricamente representam o lazer e diversão acabaram sendo cenários de sofrimento e humilhação.

Mesmo o distanciamento social sendo uma recomendação mundialmente reconhecida para o controle da disseminação do vírus SARS-CoV-2, a fim de evitar aglomerações de pessoas potencialmente contaminadas, observamos elevado número de casos de violência sexual em locais como bares, boates e festas. Esse achado indica uma fragilidade na prática do distanciamento social, sobretudo pela população de adultos jovens, que apresentou maior resistência na adesão às medidas de restrição e maiores casos de delitos sexuais entre mulheres jovens.

Contudo, um estudo realizado no Hospital Universitário da cidade de Florianópolis – SC (referência para o atendimento integral de mulheres em situação de violência sexual) verificou uma redução no fluxo de atendimentos a mulheres que vivenciaram a violência sexual em ambientes externos, como nas ruas e em festas, que foram cometidas por agressores sem vínculo familiar ou afetivo com a vítima. Em contrapartida, os participantes dessa pesquisa acreditam que durante o isolamento social houve aumento da violência sexual praticada por parceiros íntimos e familiares, o que se configura como doméstica (SANTOS et al, 2021). Esse achado nos faz pensar que a adesão às medidas de isolamento social pela população teve variação de acordo com cada região do Brasil.

Cabe ressaltar que essa pesquisa contemplou o primeiro ano da pandemia no Brasil (2020), a vacinação contra o COVID- 19 ainda não era disponível no país e foi iniciada somente em janeiro de 2021. Estudos anteriores apontaram que no Brasil a maioria das mulheres (42%) relataram ter sofrido algum tipo de violência em suas residências no ano de 2018 (BRASIL, 2019). A nível estadual, no Rio de Janeiro ocorreu um aumento de 50% nos casos de violência doméstica logo no início do isolamento social devido ao COVID-19 (MARQUES et al., 2020).

Considerando que a violência doméstica tem forte ligação com a violência sexual, um aumento de casos de violência sexual contra a mulher em sua residência seria esperado,

contudo, não foi evidenciada diferença significativa no local em que a violência ocorreu no ano que antecedeu a pandemia COVID -19 (2019) e no primeiro ano de pandemia (2020).

É importante lembrarmos e refletirmos que muitas mulheres enfrentam relacionamentos abusivos e são vulneráveis ao estupro por seus parceiros íntimos. A violência doméstica articulada a violência sexual pode estar sendo subnotificada pela falta de denúncias e busca de ajuda nos serviços de saúde, uma vez que as mulheres compreendem que na relação conjugal está implícita a relação sexual sem o desejo.

Na análise de dados dos prontuários as mulheres citaram diversos tipos de violência e não somente a violência sexual, fato também mencionado em estudos anteriores que apontaram a frequente articulação da violência sexual com outros tipos de violência.

A violência sexual está frequentemente acompanhada de outras violências como a física e psicológica, podendo gerar lesões e traumas nem sempre visíveis, trazer sequelas físicas, gerar internações, transtornos mentais como a depressão e estresse pós-traumático ou até mesmo levar à morte (BRASIL, 2015a). Assim, a violência sexual associada a outros tipos de agressões pode deixar sequelas que afetam além da saúde física, a saúde reprodutiva, mental, emocional e social da mulher (CASTRO et al., 2022).

Em alguns registros as mulheres não lembram detalhes do momento da violência e não souberam identificar o sexo do agressor, seja por uso excessivo de bebida alcoólica, uso de drogas ilícitas ou por terem sido dopadas no momento da violência com substância química citada como “boa noite, Cinderela”, como é popularmente conhecida. Contudo, o estudo considerou que todas as mulheres foram violentadas por homens, pois todas aquelas que não souberam identificar o sexo do agressor afirmaram ter uma gravidez por consequência da violência sexual.

O fato de todas as mulheres terem sido violentadas sexualmente por homens nos dois anos em que o estudo foi contemplado evidencia como a violência sexual está intimamente relacionada à violência de gênero. Um estudo realizado em Rondônia sobre o perfil de mulheres sexualmente violentadas durante os anos de 2007 a 2015 evidenciou, por exemplo, que uma das características do agressor era ser do sexo masculino, estando presente em 1341 (79,07%) dos eventos (OLIVEIRA et al., 2019).

A violência sexual é um fenômeno antigo que ao longo dos anos se tornou cultural e banalizada pela sociedade, uma desigualdade de gênero pautada na relação entre sistemas de dominação e produção de diferenças (BRASIL, 2015a).

Foi evidenciada a predominância de um agressor em ambos os anos, o que corrobora o estudo de Oliveira et al. (2019), que analisou a violência sexual praticada contra a mulher em

Rondônia num período de 8 anos. O estudo apontou que a violência praticada por somente um indivíduo ocorreu em 75,41% dos casos enquanto em somente 15,57% das situações houve dois ou mais agressores.

Novamente, as mulheres que não souberam relatar detalhes do momento da violência incluindo o número de agressores envolvidos, foram aquelas que se encontravam desacordadas ou com confusão mental devido ao uso de álcool e drogas ilícitas de forma consciente ou não.

Estudos anteriores também pontuaram o uso da bebida alcoólica seja por parte da mulher ou do agressor como um dos fatores relacionados com a violência. O uso do álcool assim como de drogas ilícitas pode influenciar a prática da violência sexual contribuindo para um comportamento mais agressivo. Além disso, frequentemente as mulheres que vivenciaram a violência sexual relataram ter feito uso de bebida alcoólica, o que pode torná-las mais vulneráveis (ARAGÃO et al., 2020). No México, durante a proibição de venda de bebidas alcoólicas houve um declínio na criminalidade do país, supondo que a proibição de venda de álcool esteja relacionada ao declínio da violência doméstica (HOEHN-VELASCO, 2021).

Em ambos os anos estudados, as mulheres que vivenciaram a violência sexual apontaram que os agressores se encontravam na faixa etária predominantemente de 25 a 59 anos de idade, assim como um estudo desenvolvido em Serra (Município do Espírito Santo) no qual evidenciou-se que a maioria dos agressores se apresentava na faixa etária de 40 a 49 anos (33,3%) (LEITE et al., 2015). No contexto geral das violências contra a mulher, no ano de 2018 os agressores de 80% das mulheres brasileiras foram homens na faixa etária de 25 e 44 anos (BRASIL, 2020), reforçando mais uma vez o fato da violência contra a mulher ser uma violência de gênero.

A etnia dos agressores não é um aspecto frequente em estudos anteriores que abordam o fenômeno da violência sexual. O perfil sociodemográfico das mulheres é o principal alvo da pesquisa e não o perfil sociodemográfico do agressor. Entretanto, Leite et al. (2015) em seu estudo analisou que a maioria dos agressores eram da raça/cor branca (47,6%), seguidos de pardos (33,3%) e pretos (19,1%).

Comparado ao ano de 2019, o ano de 2020 quando a pandemia da COVID -19 teve início, não foi visualizado um aumento da prática de violência sexual em mulheres por um agressor conhecido. Tal fato poderia indicar uma forte correlação da violência doméstica com a sexual, tendo em vista que, no isolamento social a mulher permaneceria mais restrita a indivíduos de seu convívio intradomiciliar. Outra hipótese que deve ser levantada, é o fato de que as mulheres sexualmente violentadas buscam mais ajuda no sentido de que vivenciaram

um episódio isolado, enquanto aquelas que são sexualmente violentadas no ambiente domiciliar acabam por vezes “naturalizando” os episódios recorrentes em seu cotidiano.

Apesar deste fato não ter ficado evidente nessa pesquisa, estudos anteriores apontaram que a nível nacional e internacional a violência sexual apresentou um aumento durante a pandemia da COVID-19, devido a possíveis conflitos gerados pela intensificação do convívio familiar necessário durante a pandemia (ARAGÃO et al., 2020). Esse dado, porém, também pode sugerir que mulheres que vivenciaram a violência sexual associada à violência doméstica buscaram menos ajuda nas unidades de saúde durante a pandemia, já que no isolamento a mulher teve maior contato com o agressor, sendo vigiada com mais frequência e impedida de conversar com familiares e amigos, conforme apontam outros estudos desenvolvidos na pandemia (VIEIRA et al., 2020).

Dentre os agressores conhecidos e de convívio das mulheres sexualmente violentadas foram citados companheiros, ex-companheiros, familiares como pai, padrasto, tio, primo, enteado e amigos.

Todas as mulheres atendidas que se disseram grávidas por consequência da violência sexual solicitaram a realização do aborto legal (AL). Destaca-se que, a unidade sediadora da pesquisa tem uma alta procura pela realização do AL, visto ser uma unidade de referência para esse procedimento.

Observou-se que a maioria das mulheres que vivencia a violência sexual busca atendimento de saúde algumas semanas e até meses após o ocorrido, visando mais a possibilidade interrupção de uma gestação do que a realização de medidas profiláticas de prevenção de doenças.

Estudos anteriores apontaram que o estupro foi o principal motivo para a interrupção legal da gravidez em todos os serviços de referência para o aborto legal no Brasil (FONSECA et al, 2020). Provavelmente as mulheres buscam o aborto legal devido ao impacto emocional negativo que gerar uma criança concebida pelo estupro é capaz de desencadear e pela dificuldade socioeconômica de criar uma criança sem apoio financeiro e estrutura familiar adequada.

A direção médica da unidade em conjunto com os demais membros da equipe multiprofissional (enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos) emite o parecer para a realização do AL, pautado em exames laboratoriais de imagem, anamnese e exame físico geral e ginecológico da mulher. É imprescindível que a data da violência sexual seja compatível com a idade gestacional.

Todas as condutas supracitadas seguem as portarias do Ministério da Saúde que dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ressalta-se que a mulher não é obrigada a apresentar Boletim de Ocorrência para a interrupção da gravidez (BRASIL, 2020b).

O Código Penal Brasileiro permite que mulheres com risco de vida e gravidez por estupro realizem o aborto legal. O aborto nos casos de anencefalia passou a ser permitido em 2012 através do julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF-54), pelo Supremo Tribunal Federal (STF) e da decisão do Conselho Federal de Medicina (CFM) (FONSECA et al, 2020).

Em estudo realizado por Fonseca et al. (2015) através de uma revisão sistemática da produção científica do aborto legal no Brasil, avaliou-se que de 2013 a 2015 havia apenas 37 serviços ativos dos 68 registrados no Ministério da Saúde para a realização do aborto legal, sendo concentrados em capitais e em grandes centros distribuídos pelas regiões da seguinte forma: 5 no Norte, 11 no Nordeste, 3 no Centro-oeste, 12 no Sudeste e 6 no Sul (FONSECA et al., 2020).

Um estudo anterior com mulheres submetidas ao aborto legal apontou que ao descobrirem a gravidez, a maioria das mulheres relata o sentimento de desespero, tristeza, medo, choque e preocupação com a percepção de seus familiares. Alterações psicológicas como isolamento e pensamentos suicidas também foram citados. A realização do aborto legal foi descrita como um alívio. As mulheres relataram que a gestação as faria lembrar permanentemente a violência vivenciada, preocupação por já terem outros filhos e a dificuldade que teriam de entregar a criança para adoção se levassem a gestação adiante (CASTRO et al., 2022).

Por fim, no que diz respeito à caracterização da violência sexual contra a mulher antes e durante a pandemia por COVID-19 (2019-2020), percebe-se que pode haver diferenças importantes ao compararmos esse estudo com pesquisas semelhantes desenvolvidas em outros países. No Canadá, por exemplo, um estudo observacional de mudanças nas admissões de emergência por agressão sexual e violência doméstica observadas durante o primeiro ano da COVID-19 no país (2020), foi verificada uma redução de 56,52% nos casos de agressão sexual (MULDOON, 2021), já o presente estudo, não evidenciou queda ou ascensão relevante no quantitativo de mulheres sexualmente violentadas e atendidas na unidade de referência em estudo.

4.3 Práticas de cuidados e/ou tratamentos aplicados às mulheres que vivenciaram a violência sexual antes e durante a pandemia da COVID-19 na unidade de referência.

É no setor de emergência que são iniciadas as primeiras práticas de cuidado à saúde da mulher que vivenciou violência sexual, de acordo com a história e o tempo do ocorrido. Basicamente, na emergência ela é assistida pela equipe de Enfermagem e Médica.

É protocolo da unidade que no primeiro atendimento pela emergência, todas as mulheres sexualmente violentadas realizem uma consulta com os profissionais de Enfermagem e de Medicina. A enfermeira realiza o acolhimento, preenche a ficha de notificação compulsória e orienta quanto aos procedimentos que serão realizados. O médico realiza o exame físico e ginecológico, prescreve as medicações de profilaxia de doenças e solicita exames.

As orientações e condutas da enfermeira na emergência são realizadas de acordo com o tempo entre a violência sexual e a busca por atendimento em saúde e incluem: orientações quanto aos riscos de gravidez, infecção por IST e as prevenções disponíveis; o preparo para a consulta médica; coleta de sangue para sorologia e informações sobre HIV, Sífilis e Hepatites B e C devido ao risco de contágio dessas doenças; administração de medicamentos profiláticos conforme protocolo; disponibilização de anticoncepcional de emergência orientando sobre o risco de gestação; informações sobre possíveis efeitos adversos de intolerância aos antirretrovirais; orientações sobre a importância do uso de preservativo por 6 meses devido ao risco de infecção por IST/HIV (janela imunológica); instruções de cuidados com lesões, atentando para sinais e sintomas de infecções geniturinárias (BRASIL, 2016).

Após esse primeiro contato, a mulher tem a opção de seguir com o acompanhamento na atenção básica, mas são orientadas a preferencialmente darem continuidade à assistência na própria unidade sedadora da pesquisa, por se tratar de uma unidade de referência para mulheres em situação de violência que disponibiliza além das consultas de Enfermagem e Medicina, consultas com profissionais de Psicologia e Serviço Social.

Um estudo que avaliou e comparou duas unidades de atenção básica que acompanham mulheres em situação de violência evidenciou que na unidade básica considerada como referência, o diferencial está no acompanhamento da paciente por um período maior, o trabalho em equipe com encaminhamentos internos e o acolhimento com melhor informação

sobre redes de apoio, a fim de que a mulher seja acompanhada na própria unidade e evite peregrinar por outros serviços (BORSOI et al., 2009).

A maioria das mulheres que deu prosseguimento às consultas ambulatoriais foram aquelas que se disseram grávidas devido à violência sexual e desejavam o aborto legal (AL). Esse achado sugere que a mulher que vivenciou a violência sexual busca uma unidade de saúde mais pelo fato de uma gestação indesejada do que pelas medidas de profilaxia de doenças. A questão a ser avaliada é se fatores como medo, vergonha e desinformação podem estar mascarando uma maior dimensão da problemática da violência sexual.

De acordo com o estudo realizado sobre a assistência de enfermagem às vítimas de violência sexual, conclui-se que é de suma importância para que as mulheres se sintam acolhidas e mais à vontade ao procurar ajuda nas unidades de saúde e delegacias. Apesar da violência sexual ser um grave problema de saúde pública com possíveis casos subnotificados, as mulheres estão mais ativas na busca por ajuda fazendo com que o número de notificações aumente cada vez mais (CASTRO et al., 2022).

Ao longo das consultas ambulatoriais com a equipe multiprofissional, a mulher que vivenciou a violência sexual pode realizar acompanhamento ginecológico, obstétrico, avaliação sorológica, acompanhamento social e de saúde física e mental. Cabe destacar que, a mesma mulher pode ser atendida mais de uma vez pelo profissional/categoria. Para além das medidas de profilaxia é necessário acolher e respeitar a singularidade de cada mulher que vivenciou a violência sexual visando a reconstrução integral do seu ser.

Uma abordagem eficaz dos profissionais de saúde diante de uma mulher que vivencia/vivenciou situações de violência é fundamental para a construção de estratégias de combate aos diversos tipos de violência em que a mulher possa estar inserida. Seja reduzindo ou eliminando as vulnerabilidades presentes no contexto das violências; ou na promoção da saúde e dos direitos de cidadania da mulher (PEDROSA e SPINK, 2011).

Entretanto, é importante destacar que mesmo nas instituições de referência, a assistência a pessoas que vivenciaram a violência sexual, não depende apenas do profissional que presta a assistência, mas também da participação ativa e esclarecida da mulher que vivenciou a violência. Sabemos que nem sempre a mulher que vivenciou a violência tem possibilidade de compreender o que vivencia e até mesmo romper com a violência. Tais situações acabam por refletir diretamente na resposta à abordagem, tratamento e recuperação frente à violência sexual.

A assistência de Enfermagem esteve basicamente relacionada ao acompanhamento de sorologias e exames ginecológicos. No ano de 2019, 12 mulheres acompanhadas no

ambulatório pela enfermeira tiveram acompanhamento sorológico de HIV, Sífilis e Hepatites B e C, sendo que 02 delas também realizaram exame preventivo. Já no ano de 2020, somente 02 mulheres seguiram com acompanhamento sorológico e 01 mulher realizou preventivo e tratamento de IST (Clamídia) além do acompanhamento sorológico.

A maioria das mulheres em situação de violência sexual não deram continuidade ao acompanhamento ambulatorial após o atendimento inicial de emergência, o que justifica um número alto de mulheres que não realizaram nenhuma consulta de Enfermagem.

Considerando que o enfermeiro normalmente é o primeiro profissional de saúde a ter contato com a mulher que vivenciou a violência sexual, é imprescindível que esses profissionais estejam capacitados para o atendimento e investigação dos casos através de uma abordagem que contemple não apenas normas e protocolos institucionais. Enxergar os impactos subjetivos na vida dessas mulheres também faz parte de um cuidado integral de enfermagem.

Uma maneira de aproximar e capacitar os profissionais de Enfermagem na temática em questão, seria o estudo da violência sexual desde a graduação, de forma que os estudantes tenham a oportunidade de participar dos atendimentos às mulheres em situação de violência (BAPTISTA et al., 2015).

A atuação da enfermeira na atenção à mulher no contexto da violência sexual envolve o acolhimento de forma humanizada, anamnese, exame físico, diagnósticos de agravos, orientações, encaminhamentos e notificação dos casos. As consultas de enfermagem devem estar pautadas na promoção, proteção e recuperação da saúde dessas mulheres, sendo também muito importante o compartilhamento de suas decisões, dúvidas e sentimentos com a equipe multiprofissional (CASTRO et al., 2022).

Nas consultas ambulatoriais de Enfermagem realizadas na unidade sediadora da pesquisa, a Enfermeira dispõe de um impresso próprio desenvolvido pela instituição para acompanhamento pós violência sexual de 6 meses. O tempo de 6 meses é pré-definido devido à importância do acompanhamento sorológico de Hepatites, Sífilis e HIV durante esse período, entretanto, fica a critério da mulher se esse período será estendido e o acompanhamento ginecológico com realização de preventivo permanece disponibilizado (ANEXOS).

Observa-se o elevado número de mulheres que não realizaram nenhuma consulta ambulatorial de continuidade com a Medicina. Contudo, cabe ressaltar, que o aborto legal (AL) foi realizado em 33 mulheres em 2019 e 39 mulheres em 2020, e que para a realização

do mesmo a decisão final foi dada por parecer médico com base nos registros da equipe multiprofissional.

Esse resultado, possivelmente é decorrente do fato de que, as mulheres com indicações ao aborto legal, avaliadas por um profissional médico no momento da internação/emergência, ao atenderem aos critérios para a realização do AL são encaminhadas diretamente para a internação, não contabilizando consultas ambulatoriais.

Um estudo que avaliou a assistência da equipe multiprofissional num hospital universitário, a mulher que vivenciou violências, incluindo a violência sexual, apontou que para os médicos, a utilização de protocolos são fundamentais na indicação de medicações e no fluxo interno hospitalar. Entretanto, nesse estudo, profissionais sinalizaram a falta de espaços para a discussão intersetorial, a falta de preocupação com o conforto da usuária dentro do hospital e a necessidade de escuta e apoio aos profissionais de saúde que por vezes sentem o impacto emocional perante os casos de violência (PEDROSA e SPINK, 2010).

A avaliação da saúde mental e da questão emocional das mulheres que vivenciaram a violência sexual é acompanhada por psicólogas. Apesar da avaliação da saúde mental ser imprescindível para todas as mulheres sexualmente violentadas, as consultas de psicologia geralmente são mais voltadas para as mulheres que se descobriram grávidas em decorrência da violência, pois são elas que dão prosseguimento ao acompanhamento ambulatorial. Assim, as consultas ambulatoriais foram realizadas sobretudo com mulheres em processo de aborto legal inclusive durante a internação, quando esse atendimento foi solicitado.

As consequências emocionais da violência sexual devem ser avaliadas caso a caso, pois estão relacionadas a diversos aspectos como: fatores intrínsecos à personalidade, vulnerabilidade e resiliência pessoal; apoio afetivo e social; associação com outras violências; grau de conhecimento e confiança entre vítima e agressor; e a presença ou não do agressor em seu cotidiano (BRASIL, 2016).

Um estudo que acompanhou o atendimento psicológico de mulheres grávidas em decorrência da violência sexual enfatizou a importância de uma sistematização da atuação do psicólogo nos casos de gestação por estupro. Inicialmente propõe-se o acolhimento em que o desejo da mulher é abordado e em seguida o oferecimento de todas as informações necessárias para que ela possa escolher o que fazer (abortar, entregar em adoção, ficar com o bebê) e caso ela decida seguir com a gestação, um novo modelo de trabalho precisa ser oferecido, o Pré-natal Psicológico (PNP) (ZERBINI, 2022).

O PNP pode ser uma ferramenta utilizada em qualquer gestação, mas a intenção seria adaptá-lo para: a prevenção de adoecimentos psíquicos específica para gestantes em

decorrência de estupro, pois pode ser potencializado na relação mãe-bebê (caso a mulher decida seguir com a gestação e criar o bebê) e nos casos em que a mulher escolha a entrega para adoção, reduzindo o impacto emocional que essas decisões possam lhes trazer a médio e longo prazo. Entretanto, o atendimento psicológico também é importante para a mulher que vai interromper a gestação a fim de minimizar os possíveis agravos psíquicos da violência vivenciada e do abortamento, caso ela os apresente e deseje escuta psicoterapêutica (ZERBINI, 2022).

A proposta do PNP é de que a mulher encontre um ambiente adequado para expressar seus traumas psíquicos e emoções relacionadas à violência sexual, podendo assim ressignificar sua gestação e fazer uma escolha consciente dentro das possibilidades disponíveis (ZERBINI, 2022).

As assistentes sociais desenvolvem atividades no ambulatório e, eventualmente atendimentos às mulheres internadas.

As unidades de saúde devem assistir às mulheres em situação de violência para além de uma prática medicalizadora, pois os problemas sociais em que a usuária está inserida estão diretamente relacionados ao processo de adoecer (BORSOI et al., 2009).

Nas situações de violência sexual o Serviço Social pode desenvolver as seguintes ações: atendimento acolhedor da usuária no conhecimento de sua história de vida, bem como, dados da ocorrência e do agressor; verificar o andamento do atendimento médico/psicológico, orientar a mulher quanto ao boletim de ocorrência e exame de corpo de delito se for de sua vontade (não obrigatórios); identificar demandas sociais decorrentes ou não do estupro, tais como: direitos previdenciários e trabalhistas, desemprego, relacionamento familiar e/ou conjugal, direitos da usuária com observação do Estatuto da Criança e do Adolescente, da Declaração dos Direitos Humanos e de Cidadania, entre outros; identificar o apoio familiar e/ou da rede de relacionamento frente ao ocorrido; identificar se a usuária encontra-se em situação de risco, em caso afirmativo encaminhá-la para instituição de acolhimento; reforçar a importância e disponibilidade do atendimento multidisciplinar, orientar e encaminhar para os recursos sociais como ONGs especializadas no apoio à mulher em situação de violência; Notificar o Conselho Tutelar e/ou a Vara da Infância e Juventude nos casos de violência contra a criança e/ou adolescente, trabalhando os aspectos legais com a família (BRASIL, 2016).

Na ocorrência de uma gestação por consequência da violência sexual, a assistente social deve identificar o desejo da interrupção ou não da gestação e assim esclarecer sobre seus direitos e encaminhar para os trâmites legais. Também deverá informar as alternativas

como: pré-natal e/ou encaminhamento para a Vara da Infância e Juventude caso opte por colocar a criança para adoção. Mesmo não sendo obrigatório, é importante orientar a realização do Boletim de Ocorrência - BO na Delegacia da Mulher, se possível, por se tratar de um crime hediondo (BRASIL, 2016).

Foi observado que tanto no período pré-pandemia (2019) quanto no primeiro ano de pandemia pelo COVID-19, ocorreu a baixa implementação de medidas de profilaxia de doenças, tendo em vista que a maioria das mulheres buscou tardiamente o atendimento em uma unidade de saúde.

Recomenda-se que o atendimento pós violência sexual seja realizado em até 72 horas após a agressão devido a maior eficácia das medidas profiláticas (BRASIL, 2015a).

A problemática da baixa implementação de medidas de profilaxia foi confirmada em estudos anteriores que demonstraram preocupação ao observarem que no quantitativo geral de mulheres que sofreram violência sexual – estupro num período de oito anos no Estado de Rondônia, menos da metade das usuárias receberam as profilaxias preconizadas pelo Ministério da Saúde (OLIVEIRA et al., 2019).

Após uma possível exposição ao HIV avalia-se quando e com quem ocorreu a exposição, e a decisão para a profilaxia com uso de antirretrovirais se baseia em quatro aspectos: 1) tipo de material biológico; 2) tipo de exposição e risco para transmissão; 3) tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento e 4) a pessoa exposta não ser reagente para o HIV no momento do atendimento (BRASIL, 2017).

Recomenda-se que, se a mulher não for vacinada ou estiver com vacinação incompleta contra Hepatite B deve se vacinar e completar o esquema vacinal. Não é recomendado o uso rotineiro de IGHAHB, exceto se a mulher for suscetível e se o agressor tenha Hepatite B confirmada ou pertença a grupos de risco (usuários de drogas, por exemplo). Quando indicada, a IGHAHB deve ser aplicada o mais precocemente possível e no máximo 14 dias após a exposição (BRASIL, 2017).

A coleta de sangue para exame sorológico de doenças sexualmente transmissíveis é realizada para avaliar a condição atual de saúde da mulher sexualmente violentada e para futuramente ser avaliado se ela pode ter sido contaminada durante a agressão vivenciada, já que o HIV, as Hepatites (B e C) e a Sífilis são doenças transmitidas pelo sexo. Todas as pessoas potencialmente expostas ao HIV devem repetir a testagem em 30 dias e em 90 dias após a exposição, mesmo depois de completada a profilaxia com antirretrovirais (BRASIL, 2017). O acompanhamento sorológico para Hepatites e Sífilis também é realizado no mesmo intervalo de tempo.

Dentre os exames diagnósticos para gravidez foram realizados o beta HCG sanguíneo, o Teste imunológico para gravidez (TIG) com amostra de urina e a Ultrassonografia (USG). O exame de gravidez é importante para avaliar não só a atual condição de uma mulher gestante, mas também ser utilizado, futuramente, para comprovação de uma gestação resultante da violência sexual e como respaldo para um possível aborto legal.

O contraceptivo de emergência deve ser prescrito para todas as mulheres expostas ao contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, que tenham tido a primeira menstruação e que estejam antes da menopausa. O método contraceptivo pode ser dispensável se a mulher estiver usando regularmente algum método anticonceptivo de elevada eficácia no momento da violência sexual, a exemplo do anticoncepcional oral ou injetável, esterilização cirúrgica ou DIU (BRASIL, 2016).

As mulheres que vivenciaram a violência sexual encontravam-se altamente susceptível para o desenvolvimento de uma IST tendo em vista o número reduzido de usuárias que realizaram profilaxia.

Estudos demonstraram que dentre mulheres que sofreram violência sexual, 16 a 58% adquirem pelo menos uma IST, com taxas variáveis de infecção para cada agente específico (BRASIL, 2016).

As infecções mais encontradas em mulheres sexualmente violentadas são a Tricomoníase, infecção por Clamídia e Gonorreia. As IST podem estar associadas à aquisição e transmissão do HIV e seu rastreo também é fundamental para o controle da epidemia de Sífilis, através do diagnóstico e tratamento precoce visando interromper a cadeia de transmissão. As IST podem ser assintomáticas nas mulheres e assim levam a complicações mais graves, como Sífilis Congênita, Doença Inflamatória Pélvica (DIP), gravidez ectópica e infertilidade (BRASIL, 2017). O tratamento preventivo é recomendado para pessoas que vivenciaram violência sexual pois além das IST ocasionarem danos físicos por vezes irreversíveis na saúde das mulheres, também geram elevados custos sociais e econômicos tornando-se um importante problema de saúde pública.

Comparando-se o primeiro ano antes da pandemia com o primeiro ano de pandemia pela COVID-19, verificou-se que não houve mudança significativa na implementação de práticas de cuidados e/ou tratamentos aplicados às mulheres que vivenciaram a violência sexual. Com exceção ao uso do contraceptivo de urgência, que apresentou um discreto aumento na sua utilização no contexto pandêmico, em ambos os anos estudados houve baixa implementação das medidas de profilaxia recomendadas pelo Ministério da Saúde, devido à procura tardia por atendimento na unidade de referência em estudo. Achado semelhante foi

encontrado na pesquisa realizada no Canadá em que não foi verificada diferenças na proporção de pacientes iniciando PEP antes e durante a pandemia (MULDOON, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem da violência contra a mulher no primeiro ano que antecedeu a pandemia de COVID-19 (2019), comparada ao primeiro ano da pandemia COVID-19 (2020) demonstrou que no período estudado não houve mudança significativa no perfil sociodemográfico de mulheres sexualmente violentadas, entretanto, na correlação com estudos anteriores sobre o fenômeno da violência sexual no contexto pandêmico foi observado que esse panorama é variável de acordo com cada país e até mesmo cada estado e região de um mesmo país.

Devido à pandemia pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, medidas de isolamento e distanciamento social foram necessárias em todo o mundo a fim de prevenir a disseminação do vírus, a ocorrência de síndromes respiratórias graves e a sobrecarga dos serviços de saúde. Entretanto, as mulheres pretas e pardas, e aquelas que necessitaram manter seus empregos nos serviços considerados essenciais e sem possibilidade de trabalho remoto compõem o grupo em que os delitos sexuais se fez mais presente. Outro aspecto que chamou a atenção, foi o alto índice de mulheres jovens violentadas em locais de lazer e aglomeração de pessoas, demonstrando o descumprimento do distanciamento social orientado pela Organização Mundial da Saúde.

Foi verificada a presença marcante da violência de gênero, em que todos os casos de violência sexual estudados foram praticados por homens e na maioria dos casos por um desconhecido. Diversos estudos anteriores apontaram para o aumento da violência doméstica durante o isolamento social necessário frente à COVID-19, entretanto, esse aumento não foi evidenciado na presente pesquisa, seja pela “naturalização” das situações de violência no ambiente familiar sobretudo por aquela praticada por um parceiro íntimo, seja por medo de denunciar o abuso sexual por um agressor conhecido.

Controvérsias entre estudos anteriores foram encontradas. Alguns estudos apontaram uma redução nos casos de violência sexual na maioria dos estados brasileiros nos primeiros meses de pandemia, entretanto, os números de feminicídios cresceram e houve um aumento no número de casos de violência domiciliar. Já estudos a nível internacional apontaram que houve um aumento de casos de violência sexual, o que nos faz refletir sobre as subnotificações de casos de violência sexual e domiciliar no Brasil. A ausência de denúncias às autoridades policiais ou diminuição na busca por auxílio em unidades de saúde pode estar associada ao medo, vergonha e humilhação frente aos profissionais envolvidos, o que

prejudica o desenvolvimento de estudos que avaliam a dimensão epidemiológica da violência contra a mulher.

O fenômeno da violência sexual vivenciada antes e durante a pandemia, caracterizou-se pela busca tardia por atendimento de saúde. A maioria das mulheres sexualmente violentadas chegou na unidade de referência com intervalo de mais de um mês entre a data da violência e a data do atendimento, dessa maneira, tornou-se impossível a realização de medidas de profilaxia de doenças e proteção da saúde.

O estudo demonstrou que independente da pandemia da COVID-19 a violência sexual contra mulheres em nosso país permanece sendo um importante problema de saúde pública capaz de deixar sequelas por vezes irreversíveis, sendo imprescindível a manutenção permanente e o aperfeiçoamento de estratégias de combate à violência sexual.

A violência sexual acarretou danos socioeconômicos, morais e na saúde física e mental das mulheres, que além de lidar com a crise econômica e o estresse gerado pela ocorrência de uma doença desconhecida, ainda precisaram lidar com as diversas consequências que uma agressão desse tipo pode gerar, principalmente com a ocorrência de uma gestação indesejada, uma questão fortemente presente nessa pesquisa.

O aborto legal (AL) foi um aspecto muito presente no estudo. Tendo em vista que a unidade onde a pesquisa foi realizada é referência para a violência sexual e para o AL, fica o questionamento se nas unidades em que o aborto legal não é realizado também existe uma alta demanda de mulheres que se disseram grávidas por consequência da violência sexual. A maioria das mulheres que buscaram atendimento e realizaram o acompanhamento ambulatorial foram as que se disseram grávidas em decorrência do estupro. Essas mulheres solicitaram o direito ao aborto legal e o procedimento foi realizado na maioria dos casos após um consenso da equipe multiprofissional.

Durante o período estudado todas as mulheres passaram por 01 consulta de emergência, sendo essa a porta de entrada para o acompanhamento após a ocorrência de uma violência sexual. O preenchimento da ficha de notificação compulsória pela enfermeira foi realizado em todos os casos durante a pandemia (2020) e a notificação de somente um caso não foi encontrada no período pré-pandemia (2019). A baixa adesão às consultas ambulatoriais da equipe multiprofissional como um todo, de Enfermagem, Medicina, Psicologia e Serviço Social, demonstraram que as mulheres não prosseguiram com a manutenção da saúde física e mental após vivenciarem a violência sexual. A falta de informações sobre a continuidade da assistência na atenção básica aponta para a importância

da realização de busca ativa de casos a fim de promover a manutenção da saúde das mulheres estudadas.

Com relação à assistência de Enfermagem foi verificado que a enfermeira desempenha um importante papel na atenção às mulheres sexualmente violentadas, ficando sob sua responsabilidade a notificação dos casos, a realização das medidas de profilaxia, prevenção de doenças e de uma gestação indesejada, além do acompanhamento ambulatorial com manipulação de sorologias, tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis e exames ginecológicos (preventivo).

Considerando que a enfermeira é uma agente promotora da saúde, acredita-se que é possível ampliar a assistência de Enfermagem com: o ensino sobre as desigualdades de gênero nos meios acadêmicos e na sociedade como um todo, o desenvolvimento de ações que auxiliem as mulheres no reconhecimento de situações de violência enraizadas culturalmente em sua vida cotidiana dominada pelo patriarcado; a divulgação da importância do atendimento precoce após o estupro visando a implementação das medidas de proteção da saúde e redução de agravos; estratégias de referência e contrarreferência junto às unidades básicas de saúde, orientações sobre medidas de proteção e apoio em instituições governamentais e não governamentais; além do incentivo à denúncia em delegacia para que os agressores sejam punidos.

A implementação das medidas supracitadas requer a articulação do setor de saúde com o setor de segurança, além de permanente rede de apoio à mulher que possa estar constantemente sofrendo violência sexual e outros tipos de violência de maneira paralela. A Enfermagem pode contribuir com informações que auxiliem as mulheres no enfrentamento de situações de violência. O acolhimento, apoio emocional e orientações adequadas também são cuidados de saúde e podem ajudar essas mulheres na superação de danos físicos e emocionais, assim como no retorno às suas atividades diárias após a vivência de uma violência sexual.

Dentre as limitações do estudo, é importante destacar que: não foi detalhado se as denúncias ocorreram de maneira presencial em delegacias, por boletim de ocorrência eletrônico ou através dos canais já existentes (via telefone e internet); o local onde ocorreu a violência não foi detalhado por bairros, o que poderia indicar áreas de maior ou menor índice desse tipo de violência e o fato da pesquisa ter sido realizada em apenas um serviço de referência para casos de violência sexual, não sendo possível abordar mulheres que buscaram atendimento de saúde em outros serviços e nem aquelas que não buscaram por esse atendimento.

Para uma melhor avaliação do fenômeno da violência sexual no âmbito da pandemia pela COVID-19, seria importante a realização de mais estudos que avaliem a temática da violência sexual em outros serviços de saúde, num maior período e considerando as particularidades que cada serviço e região pode apresentar.

Propõe-se ainda, uma ampliação dos estudos e debates acerca das desigualdades de gênero, levando esse conceito para a base da educação de meninos e meninas; além do desenvolvimento de novas pesquisas que possam avaliar a percepção da mulher que vivenciou/vivencia a violência sexual e a qualidade da assistência prestada frente a uma nova realidade de vida que a COVID-19 nos trouxe.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. **Arch Womens Ment Health** 23(6): 741-748, 2020.

ARAGÃO, F. B. A, et al. Perfil de mulheres vítimas de violência sexual no Brasil: antes e depois da pandemia de COVID -19. **Research, Society and Development**. v. 9. n. 10. e2289108114. 2020.

ARAÚJO, M. F. **Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação**. *Psicol. Am. Lat.*, México, n. 14, out. 2008. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2021.

BAPTISTA, R. S, et al. Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza. v.16, n 2, p. 210 -217. 2015.

BARROS, A. Organizadores. Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas. p. 269-79. 2009.

BORSOI, T. S.; BRANDÃO, E. R; CAVALCANTI; M. L. T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.13, n.28, p.165-74. 2009.

BRASIL. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. 2018c. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Infografico_an12_atualizado.pdf. Acesso em: 23 nov. 2021.

_____. Fórum Brasileiro de Segurança pública. **Visível e invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil**. 2ª. Edição 2019. Disponível em: <http://www.iff.fiocruz.br/pdf/relatorio-pesquisa-2019-v6.pdf>. Acesso em 04 de maio de 2022.

_____. Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União. 1940.

_____. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União. 2003.

_____. Lei 12.845, de 1 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da União. 2013b.

_____. Lei 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto -Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - **Código Penal**, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Diário Oficial da União. 2015b.

_____. Ministério da Economia. IPEA, FBSP. **Atlas da Violência**. 2018. Instituto de pesquisa econômica Aplicada (IPEA). Fórum Brasileiro de segurança Pública. Janeiro. 2018b.

Disponível em:

https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=33410&Itemid=432.

Acesso em 02 out. 2021.

_____. Ministério da Economia. IPEA, FBSP. **Atlas da Violência**. 2019. Instituto de pesquisa econômica Aplicada (IPEA). Fórum Brasileiro de segurança Pública. Janeiro. 2019. Disponível em:

https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf. Acesso em 10 out. 2021.

_____. Ministério da Economia. IPEA, FBSP **Atlas da Violência**. Instituto de pesquisa econômica Aplicada (IPEA). Ministério da Economia. 2020a. Disponível em:

<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>. Acesso em 02 nov. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à Saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília. 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Comissão de Ética em pesquisa. Resolução 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF). 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. Nota técnica. 2015a.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2018a.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2020b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de procedimentos operacionais para o atendimento das vítimas de violência sexual**. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário De Moraes Altenfelder Silva - Vila Nova Cachoeirinha. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes**. Norma técnica. Brasília (DF). 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília. 2017.

_____. Ministério da Saúde.. **Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19**. Nota técnica. 2020c. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf>. Acesso em 24 jul. 2021.

_____. Portaria 485, de 1 de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário da União. 2014a.

_____. Portaria nº 1.145, de 07 de julho de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2005.

_____. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário da União. 2014b.

CAMPOS, B.; TCHALEKIAN, B.; PAIVA, V.. Violência contra a mulher: vulnerabilidade programática em tempos de SARS-COV-2/COVID-19 em São Paulo. **Psicologia & Sociedade**, v. 32, 2020.

CASTRO, M, A.M. et al. Assistência de enfermagem as vítimas de violência sexual. **Research, Society and Development**. v. 11, n. 2, p. e38011225817. 2022.

CELLARD. A. Análise documental. 2008. In: POUPART J., et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Vozes. p. 295-316. 2012.

COELHO, E. A C. **Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero** [tese]. São Paulo. Escola de Enfermagem da USP. 2001.

COELHO, E. A. C. Gênero, saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 58, n. 3. 2005.

CORTES, L. F. et al. Desafios na proteção às mulheres em situação de violência no contexto de pandemia da covid-19. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 19, 15 set. 2020.

CURITIBA. **Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual**. Paraná. 2018.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-1050. 2009.

FBSP. **Violências contra mulheres em 2021**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública.2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/03/violencia-contra-mulher-2021-v5.pdf>. Acesso em 25 mai. 2022.

FONSECA S. C., et al. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cadernos de Saúde Pública**. 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2020.v36suppl1/e00189718/pt>. Acesso em 05 mar. 2021.

GEBREWAHD, G.T., GEBREMESKEL, G.G. & TADESSE, D.B. Intimate partner violence against reproductive age women during COVID-19 pandemic in northern Ethiopia 2020: a community-based cross-sectional study. **Reprod Health** 17, 152 (2020). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01002-w>. Acesso em 06 abr. 2021.

GOMES, M.H.A, et al. **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/d5t55>. Acesso em: 07 ago. 2020.

GOMES, N. P. et al. Vulnerabilidade de mulheres ao estupro marital: reflexões a partir do contexto da pandemia da covid-19. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 20, 29 jul. 2021.

GUIMARÃES, A. C. M.; RAMOS, K. S. R. Sentimentos de mulheres na vivência do abortamento legal decorrente de violência sexual. **Revista Enfermagem UFPE online**. Recife. v. 11, n. 6, 2017.

HOEHN-VELASCO, L.; SILVERIO-MURILLO, A.; DE LA MIYAR, J. R. B. The great crime recovery: Crimes against women during, and after, the COVID-19 lockdown in Mexico. – **Economics & Human Biology**;41: 100991, mai 2021.

HEILBORN, M.L. **Desigualdades, diferença em saúde** – Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. IN: GOMES, M.H.A, et al.

JOHNSON, K. et al. The impact of COVID-19 on services for people affected by sexual and gender-based violence. **International Journal of Gynecology & Obstetric**;150(3): 285-287, set. 2020.

LAMICHHANE, A. et al. Violence and sexual and reproductive health service disruption among girls and young women during COVID-19 pandemic in Nepal: A cross-sectional study using interactive voice response survey. **Plos One** vol. 16,12 e0260435. 8 Dec. 2021, doi:10.1371/journal.pone.0260435.

LEITE, F. M. C., et al. Violência contra a mulher: caracterizando a vítima, a agressão e o autor. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750945029.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2021.

LIMA, C. A., DESLANDES, S. F. **Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor da saúde na década de 2000**. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.23, n.3, p.787-800, 2014.

LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre (RS): Artmed. p. 7-8. 1998.

MARCOLINO, E. C, et al. **O distanciamento social em tempos de Covid-19: uma análise de seus rebatimentos em torno da violência doméstica**. Interface (Botucatu), v. 25. 2021.

MARQUES, E. S., et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Caderno**

Saúde Pública. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074420>. Acesso em 20 mar. 2021.

MELO, M. C. P. et al. Integralidade e gênero como base teórica para o cuidado à saúde de adolescentes grávidas. **Revista Mineira de Enfermagem.** Minas Gerais, v.17, n.3, p.731-735. 2013.

MENEGHEL, S. N.; MUELLER, B.; CLLAZIOL, M. E. QUADROS, M. M. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000300015>. Acesso em: 07 jan. 2021.

MINAYO, M. C. S., et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis. Editora Vozes. 21º Ed. 2002.

MOREIRA, S. V. **Análise documental como método e como técnica.** In: DUARTE J. BARROS A., organizadores. Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas. p. 269-79. 2009.

MULDOON, K. A et al. COVID-19 pandemic and violence: rising risks and decreasing urgent care-seeking for sexual assault and domestic violence survivors. **BMC Med**;19(1): 20, 05 fev. 2021.

ODORCIK, B.; FERRAZ, B. da P.; BASTOS, K. C.; ROSSETTO, M. Violência doméstica à mulher: percepção e abordagem profissional na atenção básica na pandemia de Covid-19. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 11, p. e74, 2021. DOI: 10.5902/2179769265865. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/65865>. Acesso em: 7 jan. 2022.

OLIVEIRA, C. A. B., et al. Perfil da vítima e características da violência contra a mulher no estado de Rondônia – Brasil. **Revista Cuidarte.** Colômbia. v.10 n.1. 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra. 2002.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **COVID-19 e a violência contra a mulher - O que o setor/sistema de saúde pode fazer.** 2020b. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52016/OPASBRACOV1920042_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 19 mar. 2022.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **Histórico da pandemia de COVID-19.** Folha informativa – 2020a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19> Acesso em: 26 mai. 2022.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **Violência contra as mulheres.** Folha informativa - 2021. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820. Acesso em: 19 mar. 2022.

PODER JUDICIÁRIO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Sala Lilás**. 2019. Disponível em: <http://np-estatico.tjrj.jus.br/web/guest/observatorio-judicial-violencia-mulher/projetos-convenios/sala-lilas> Acesso em: 27 mai. 2022.

PEDROSA, M. C.; SPINK, M. J. P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde Sociedade**. São Paulo. v.20. n.1. p.124-135. 2011.

PEREIRA, P. P. et al. Perfil da vítima e características da violência contra a mulher no estado de Rondônia - Brasil. *Revista Cuidarte* 2019, v. 10 (1), 12-25.

PETERMAN A., et al. **Pandemics and Violence Against Women and Children** [Internet]. Center For Global Development; 2020. Disponível em: <https://www.cgdev.org/sites/default/files/pandemicsand-violence-against-women-and-girls.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.

PINTO, L. S. S et al. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciência & Saúde coletiva**. 2017.

ROSA, JP DE F.; OLIVEIRA, MM DE; OLIVEIRA FILHO, MM DE; FERNANDES, CE; OLIVEIRA, E. Violência sexual no ABC Paulista: retrato de 142 casos. *ABCS Ciências da Saúde*, v. 43, n. 1, 15 de maio de 2018.

SÁNCHEZ, O. R. et al. Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review. **International Journal of Gynecology & Obstetric**;151(2): 180-187, nov. 2020.

SANTOS, D. G. et al. Assistência de enfermagem às mulheres em situação de violência durante a pandemia da covid-19. **Enfermagem em foco** (Brasília);12(6): 1106-1112, dez. 2021.

SANZ-BARBERO, B. et al. Prevalence and associated factors with sexual violence victimisation youth before, during and after the COVID-19 lockdown: a cross-sectional study in Spain. **BMJ Open**;11(11): e055227, nov. 2021.

SCOTT, J. W.; Gender: A Useful Category of Historical Analysis. In: *Gender and the Politics of History*. New York: **Columbia University Press**, 1988.

SENADO FEDERAL. **Dataseñado: Violência Doméstica e contra a mulher**. Secretaria de transparência. 2021. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/arquivos/2021/12/09/pesquisa-violencia-domestica-e-familiar-contra-a-mulher_relatorio-final.pdf. Acesso em 25 mai. 2021.

SIFAT, R. I. Sexual violence against women in Bangladesh during the COVID-19 pandemic. **Asian Journal of Psychiatry**; 54: 102455, dez. 2020.

SILVA, A. F. et al. Elementos precipitadores/intensificadores da violência conjugal em tempo da Covid-19. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 25, n. 9, p. 3475-3480. 2020.

SILVA, C. D. et al. Violência contra a mulher: agressores usuários de drogas ilícitas. *Revista*

de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 2494–2504, 2015. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2494-2504.

SUÍÇA. **Global Rapid Gender Analysis for Covid-19** [Internet]. Care International / International Rescue Committee; 2020. Disponível em: https://www.care-international.org/files/files/Global_RGA_COVID_RDM_3_31_20_FINAL.pdf. Acesso em: 18 fev. 2021.

VASCONCELOS, V. M.; VIANA, B. A.; FARIAS, I. C. Impactos da pandemia Covid-19 nos casos de violência doméstica contra mulheres. **Barbarói**, v. 1, n. 60, 7 mar. 2022.

VIEIRA, E. M. , PERDONA, G. S. C., SANTOS, M. A.. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2011, v.45, n. 4, pp. 730-737.

VIEIRA, P. R.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Rio de Janeiro. v. 23. 2020.

VILLELA, W. V. et al. **Ambiguidades contradições no atendimento de mulheres que sofrem de violência**. *Saudade Soc. [conectados]*. vol.20, n.1, p.113-123. 2011.

ZERBINI, E. M. C; ARRAIS, A. R. O pré-natal psicológico em gestação decorrente de estupro: protocolo de intervenção. **PSI UNISC** v.6, n.1, p.37-47. 2022.

APÊNDICE A – Instrumento para análise dos documentos**Caracterização da mulher**

Pseudônimo: _____

Idade: _____

Ocupação: _____

Opção sexual: _____

Mora com: _____

Caracterização da violência

Data da violência sexual: _____

Local: () em casa () trabalho () via pública () outro _____

Data em que buscou atendimento na unidade de saúde: _____

Registro em delegacia: sim () não () Quando? _____

Preenchida ficha de notificação: () sim () não

Tipo de violência vivenciada além da violência sexual:

() física () psicológica/moral () tortura () financeira/econômica.

Caracterização do agressor/agressores

Número de agressores: _____

Idade aproximada: _____

Cor: () preto () branco () pardo () amarelo () indígena

Sexo: () masculino () feminino () outro _____

Vínculo: () desconhecido () conhecido Quem? _____

Número de consultas na unidade de pesquisa

consultas de emergência: _____

consultas ambulatoriais: _____

Número de consultas realizadas pela equipe multiprofissional

Enfermagem: _____

Medicina: _____

Psicologia: _____

Serviço social: _____

Procedimentos terapêuticos e medicações

Antirretrovirais () sim () não

Vacinação anti Hepatite B () sim () não

Encaminhada para uso de Imunoglobulina anti Hepatite B () sim () não

Coleta de sorologias () sim () não Quais? _____

Exame diagnóstico de gravidez () sim () não Qual? _____

Contracepção de emergência? () sim () não

Medicações preventivas para IST () sim () não Quais? _____

Gestação decorrente da violência sexual

A violência sexual ocasionou gestação? () sim () não

Realizou aborto legal? () sim () não

A mulher que prosseguiu com a gestação permaneceu com a criança?

() sim () não () outro Desfecho _____

Observações relevantes do caso:

APÊNDICE B - Solicitação de autorização para coleta de dados na unidade de pesquisa

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Prezada Diretora do Hospital Maternidade Fernando Magalhães

Eu, Mariana Oliveira Honorato sou enfermeira, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e venho por meio desta, apresentar o projeto de pesquisa intitulado “A silhueta de mulheres que vivenciaram violência sexual: um olhar sobre o perfil sociodemográfico antes e durante a pandemia de covid-19”. A apresentação do projeto à V.Sa. deve-se ao fato de solicitar autorização para desenvolver meu projeto de mestrado nessa importante unidade de saúde, referência no Município do Rio de Janeiro no atendimento às mulheres que vivenciam violência sexual.

O estudo será de caráter transversal, descritivo, exploratório na abordagem qualitativa do fenômeno. Será realizada a análise de prontuários e realização de entrevistas com as mulheres que vivenciaram violência sexual e que realizaram atendimentos na unidade estudada. Os prontuários das participantes serão analisados no sentido de levantamento das ações de cuidado oferecidas às mulheres que vivenciaram a violência sexual. O estudo é composto por duas etapas; a primeira com a coleta de dados nos prontuários das pacientes atendidas no ano de 2019 (antes da pandemia) e no ano de 2020 (durante a pandemia); e na segunda etapa, será realizado entrevistas com as mulheres desse mesmo grupo no mês de julho a novembro de 2021.

Esse projeto está sob minha responsabilidade e sob orientação da Prof.^a Dr.^a Lucia Helena Garcia Penna, Professora Doutora Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ. Agradecemos a sua colaboração e estaremos sempre à disposição para esclarecimentos e informações sobre o andamento da pesquisa.

Assinado este documento, autorizo a realização da pesquisa nesta Instituição.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2021.

(Assinatura e carimbo da Diretora)

APÊNDICE C – - Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)**TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)**

Eu, Mariana Oliveira Honorato, no intuito de realizar pesquisa científica em unidade(s) de ensino e/ou do sistema de saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, do Hospital Maternidade Fernando Magalhães - HMFm, com projeto de pesquisa intitulado “A silhueta de mulheres que vivenciaram violência sexual: um olhar sobre o perfil sociodemográfico antes e durante a pandemia de covid-19”, que tem por objetivos Caracterizar o perfil Sociodemográfico de mulheres atendidas numa unidade hospitalar de referência para violência sexual que vivenciaram violência sexual antes da pandemia e das mulheres que vivenciaram durante a pandemia; analisar comparativamente os dados epidemiológicos acerca do fenômeno de ocorrência da violência sexual antes e durante a pandemia da COVID-19; Descrever as ações para proteção e recuperação da saúde de mulheres que vivenciaram a violência sexual oferecidas em unidades hospitalares referência para esse atendimento antes e durante a pandemia da COVID-19; Analisar as perspectivas sobre as práticas de cuidados oferecidas por unidades hospitalares referência às mulheres que vivenciaram a violência sexual antes e durante a pandemia da COVID-19; e tendo como orientador(s) Prof.^a Dr.^a Lucia Helena Garcia Penna, declaro que: (i) Assumo compromisso com a utilização criteriosa, e restrita aos objetivos da pesquisa acima referida, de todos os dados contidos nos prontuários das participantes matriculados no serviço de atenção integral a mulher que vivencia a violência sexual do HMFm; (ii) Os dados somente serão acessados após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP; (iii) Os dados coletados se destinarão a dar suporte aos objetivos da pesquisa que tem como objeto de estudo o perfil das mulheres que vivenciaram a violência sexual e foram atendidas pela equipe multiprofissional na emergência e ambulatório da unidade de referência. Também me comprometo a manter total discrição e confidencialidade dos dados coletados nos prontuários e entrevistas bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem ao estudo sobre o perfil sociodemográfico das mulheres que vivenciaram violência sexual e as ações de cuidado realizadas para proteção e recuperação da saúde delas em uma unidade hospitalar de referência para este tipo de situação no período compreendido entre 05/07/2021 até 05/11/2021.

Declaro ser de minha inteira responsabilidade cuidar da integridade das informações e dados acessados e/ou coletados, garantindo, por todos os meios, a confidencialidade desses dados, bem como a privacidade dos indivíduos que terão suas informações disponibilizadas. Da mesma forma, me comprometo a não transferir os dados coletados, ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoa não envolvida na equipe da pesquisa.

Os compromissos ora assumidos são extensivos aos cuidados no manuseio, na guarda, na utilização e no descarte das informações acessadas e/ou coletadas, sendo reiterada a finalidade de seu uso unicamente para cumprimento dos objetivos indicados na pesquisa mencionada acima.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO A – Parecer consubstancial do CEP

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO; 
PARER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: A SILHUETA DE MULHERES QUE VIVENCIARAM VIOLÊNCIA SEXUAL: UM OLHAR SOBRE O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO ANTES E DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19
Pesquisador: LUCIA HELENA GARCIA PENNA
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 48472621.9.0000.5282
Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 4.814.924
Apresentação do Projeto:
Projeto de mestrado de Mariana Oliveira Honorato orientado por Prof. ^a Dr. ^a Lucia Helena Garcia Penna no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
O presente estudo tem por objeto o perfil sociodemográfico de mulheres que vivenciaram violência sexual antes e durante a pandemia da COVID-19.
A violência sexual pode acontecer com crianças, adultos e idosos. Entretanto, as mulheres compõem o grupo mais susceptível para tal fato e normalmente o homem é o agressor, o que nos faz articular a violência sexual a violência de gênero, pois em uma relação íntima "a violência de gênero refere-se a qualquer comportamento que cause dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte da relação." (OMS, 2002).
As medidas de isolamento, distanciamento social com o intuito de minimizar os efeitos nocivos da pandemia COVID-19, propostas pela OMS e implementadas pelos governos, indicou mudanças de hábitos nas populações, a fim de prevenir a disseminação do vírus, evitando que curva da doença chegasse ao topo de maneira acelerada, com risco de sobrecarga nos serviços de saúde. Entretanto, essas recomendações têm desencadeado alterações bruscas na vida das famílias e população em geral, com impacto negativo nas atividades econômicas, e em todos os níveis na vida em sociedade. E, infelizmente, nos relacionamentos interpessoais, houve repercussões sobre
<p>Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. 013018 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br</p>
Página 01 de 05

ANEXO B – Termo de anuência institucional da unidade de saúde

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL
UNIDADE DE SAÚDE

O Hospital Maternidade Fernando Magalhães da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: "A silhueta de mulheres que vivenciaram violência sexual: um olhar sobre o perfil sociodemográfico antes e durante a pandemia de covid-19" sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) Mariana Oliveira Honorato, mestranda da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Enfermeira Obstétrica no Hospital Maternidade Fernando Magalhães.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "anuenta" tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 30/09/2021.

Anna Paula Cardoso Dias
DIRETORA GERAL
H.M. Fernando Magalhães
MAT. 11/208.687-4 / CRM 5257409-9

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

ANEXO C – Ficha de atendimento individual de emergência - Violência sexual



Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência
Hospital Maternidade Fernando Magalhães

Encaminhado _____ para unidade de saúde
mais próxima, onde deverá ter acompanhamento clínico (V.V.S.)

Data: ____/____/____

Carimbo e assinatura

Unidade de Atendimento

Conduas Adotadas:

Contraceção de emergência: Sim () Não () Qual:

Medicações DST Não Virais: Sim () Não ()

Azitromicina 1g () Ciprofloxacina 500mg ()

Metronidazol 2 g () Ceftriaxone 125 mg ()

Peicilina Benzatina 2.400.000UI ()

Antiretroviral por 28 dias: Sim () Não ()

Esquema Preferencial p/ PEP p/ 12 anos ou acima e gestante com **mais de 12 semanas de gestação.**

() Tenofovir/Lamivudina + Dolutegravir

Esquema Preferencial p/ PEP em Gestantes com **menos de 12 semanas de gestação ou suspeita de gestação.**

() tenofovir/lamivudina + Atazanavir + Ritonavir

Esquema Preferencial p/ menores de 12 anos

() 0 a < 2 anos – Zidovudina + Lamivudina+ Raltegravir (granulado)

() > ou = a 2 anos e < de 12 anos – Zidovudina + Lamivudina + Raltegravir

Ao Posto de Saúde (após 30 dias para 2ª dose)

Hepatite B Vacina 1ª Data ____/____/____

Ao CRIE: Hospital Rocha Maia

- Levar carteira de vacinação em até 14 dias após o ocorrido.

Rua General Severiano, 91 – Botafogo. /tel: 2295.2295 Ramal 203 de 08:00 às 16:00

ANEXO D – Ficha de notificação individual – Violência interpessoal /autoprovocada

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

DEFINIÇÃO DE CASO: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo da Notificação 2 - Individual	2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09	3 Data de notificação	
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência		
Notificação Individual	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento		
	10 (ou) idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1 - Não 2 - Não 3 - Não 4 - Não se aplica	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginsão ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginsão ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica				
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares				
Dados da Pessoa Afetada	31 Nome Social		32 Ocupação		
	33 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
	34 Orientação Sexual 1 - Heterossexual 2 - Homossexual (gay/lésbica) 3 - Bissexual 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	35 Identidade de gênero: 1 - Transul 2 - Mulher Transsexual 3 - Homem Transsexual 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
36 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
37 Se sim, qual tipo de deficiência/ transtorno? Física Visual Transorno mental Outras deficiências/ Síndromes Mental Auditiva Transorno de comportamento					
Dados da Ocorrência	38 UF	39 Município de ocorrência	Código (IBGE)	40 Distrito	
	41 Bairro	42 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	43 Número	44 Complemento (apto., casa, ...)		45 Geo campo 3	
	46 Geo campo 4	47 Ponto de Referência		48 Zona - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	49 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		50 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		
	51 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		52 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

SVS 06.11.2014

53 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
Violência	54 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Meio de expressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho Infantil <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro	
	56 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia Infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros	
Violência Sexual	57 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei	
Dados do provável autor da agressão	58 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	59 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atingida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional
	60 Sexo do provável autor da agressão 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	
61 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
62 Ciclo de vida do provável autor da agressão: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (80 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Encaminhamento	63 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede de Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa de Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente	
	64 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	65 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado
67 Data de encerramento		
Informações complementares e observações		
Nome do acompanhante *		Vínculo/grau de parentesco (DDD) Telefone
Observações Adicionais:		
Disque-Saúde 0800 61 1997 TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100		
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES
Notificador	Nome	Função Assinatura
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan

ANEXO E – Ficha de acompanhamento individual pela Enfermeira – Violência sexual



FICHA DE ACOMPANHAMENTO – VIOLÊNCIA SEXUAL

Nome: _____ Prontuário: _____
 Data do 1º Atendimento (emergência): ___/___/___ Unidade do 1º atendimento: HMFM Outro _____
 Data do 1º Atendimento (ambulatório): ___/___/___ Unidade de seguimento: _____

Informações Complementares:

Agressor: Conhecido Desconhecido Múltiplos
 Parente: Sim Não Grau de Parentesco _____
 Tipos de relação entre vítima e agressor: Vaginal Oral Anal
 Resultou em gestação: Sim Não
 Interrupção de gestação: Sim Não

Realização de Profilaxias:

Contracepção de emergência: Sim Não Qual: _____
 DST Virais: Sim Não Qual: _____
 DST não virais: Sim Não
 Hepatite B: Sim Não Vacina (1ª dose) Data: ___/___/___
 Vacina (2ª dose) Data: ___/___/___
 Vacina (3ª dose) Data: ___/___/___

Adesão ao tratamento: Sim Não Se não, por que? _____
 Efeitos Colaterais: Sim Não Se sim, quais: _____

Resultados de exames

1ª coleta (iniciais – coletado na emergência) Anti-HIV: HbsAg: Anti-HBc IgM: Anti-HVC: data: ___/___/___
 2ª coleta (dia da consulta no ambulatório) Anti-HIV: HbsAg: Anti-HBc IgM: Anti-HVC: data: ___/___/___
 3ª coleta (6 semanas) Anti-HIV: HbsAg: Anti-HBc IgM: Anti-HVC: data: ___/___/___
 4ª coleta (3 meses) Anti-HIV: HbsAg: Anti-HBc IgM: Anti-HVC: data: ___/___/___
 5ª coleta (6 meses) Anti-HIV: HbsAg: Anti-HBc IgM: Anti-HVC: data: ___/___/___

Acompanhamentos: Saúde mental: Sim Não
 Serviço Social: Sim Não
 Abandono: Sim Não (considerar abandono se não for finalizado o acompanhamento de 6 meses)

Finalização do caso:

Atenção: Ao final do seguimento enviar esta ficha por fax para S/SSC/CPS: 2502.3392

Assinatura da Enfermeira

ANEXO F – Formulário de solicitação de medicamentos – Profilaxia para HIV

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia				
1 - Nome Completo do Usuário - Civil*				
2 - Nome Social				
3 - CPF*		4 - Data de Nascimento*	5 - Órgão Genital de Nascimento <input type="radio"/> Vagina <input type="radio"/> Pênis <input type="radio"/> Vagina e pênis	
6 - Orientação Sexual <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica <input type="radio"/> Bissexual	7 - Identidade de Gênero <input type="radio"/> Mulher CIS <input type="radio"/> Homem trans <input type="radio"/> Homem CIS <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher trans <input type="radio"/> Não binário	8 - Circunstância da Exposição: <input type="radio"/> Acidente com Material Biológico <input type="radio"/> Exposição Sexual Consentida <input type="radio"/> Violência Sexual	Transmissão Vertical: <input type="radio"/> Parturiente <input type="radio"/> RN de mãe infectada pelo HIV	
9 - Pessoa fonte multixperimentada? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	10 - Gestante IG: _____ Semanas Suspeita de gestação <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	11 - Contra-indicação ao esquema preferencial: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	12 - Uso de álcool e outras drogas nos últimos 3 meses: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
13 - Nos últimos 6 meses, você aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	14 - Data da exposição*	15 - Origem do acompanhamento médico* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado		
16 - Esquema preferencial para PEP para 12 anos ou mais <input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Dolutegravir (DTG) 50mg (1 comp. coformulado/dia) <input type="checkbox"/> Dolutegravir (DTG) 50mg (1 comp./dia)				
17 - Esquemas Preferencial para PEP Gestantes > 12 semanas de Gestação <input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Dolutegravir (DTG) 50mg (1 comp. coformulado/dia) <input type="checkbox"/> Dolutegravir (DTG) 50mg (1 comp./dia)				
18 - Esquemas Preferencial para PEP Gestantes ≤ 12 semanas OU suspeita de Gestação <input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Atazanavir (ATZ) 300mg + Ritonavir (RTV) 100mg (1 comp. coformulado/dia) <input type="checkbox"/> Atazanavir (ATZ) 300mg + Ritonavir (RTV) 100mg (1 comp./dia)				
19 - Esquemas Preferencial para menores de 12 anos A dose é definida de acordo com a faixa etária e peso. <input type="checkbox"/> 0 - <2 anos - Zidovudina (AZT) Sol. Oral + Lamivudina (3TC) Sol. Oral + Raltegravir (RAL) Granulado <input type="checkbox"/> ≥2 anos - <12 anos - Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Raltegravir (RAL)				
20 - Medicamentos ARV (Preencher no quadriculo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)				
Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/ Nucleotídeos (RTN/RTRN)	Tenofovir + Lamivudina	comp. de 300mg + 300mg/dia		
	Zidovudina + Lamivudina	comp. de 300mg + 150mg/dia		
	Abacavir - ABC	comp. de 300mg/dia	ml. de sol. oral 20mg/mL/dia	
	Lamivudina - 3TC	comp. de 150mg/dia	ml. de sol. oral 10mg/mL/dia	
	Tenofovir - TDF	comp. de 300mg/dia		
	Zidovudina - AZT	caps. de 100mg/dia	solução injetável 10 mg/mL/dia	ml. de sol. oral 10mg/mL/dia
Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos (IRNA)	Nevirapina - NVP ml. de susp. oral 10mg/mL/dia			
Inibidores de Protease (IP)	Atazanavir - ATV	caps. de 300mg/dia		
	Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia	comp. de 150mg/dia comp. de 75mg/dia comp. de 800mg/dia	
	Lopinavir + ritonavir - LPV/r		comp. de 100mg + 25mg/dia ml. de sol. oral 30mg/mL + 20mg/mL/dia	
	Ritonavir - RTV	comp. de 100mg/dia	mg de pó/dia	
Inibidores de integrase	Dolotegravir - DTG	comp. de 50mg/dia		
	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia	comp. de 100mg/dia	
Medicamentos de uso restrito	Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia	comp. de 150mg/dia comp. de 75mg/dia comp. de 800mg/dia	
	Dolotegravir - DTG	comp. de 50mg/dia		
	Enfuvirtida - T-20	Frasco-amp. de 90mg/mL/dia		
	Etravirina - ETR	comp. de 100mg/dia	comp. de 200mg/dia	
	Maraviroque - MVQ	comp. de 150mg/dia		
	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia	comp. de 100mg/dia	
Tipranavir - TPV	caps. de 250mg/dia			
21 - Médico Data ____/____/____ CRM: _____ <small>(carimbo e assinatura)</small>		22 - Farmacêutico responsável Data ____/____/____ CRF: _____ <small>(carimbo e assinatura)</small>	23 - Recebi em ____/____/____ <small>(assinatura do usuário)</small>	

ORIENTAÇÕES GERAIS	
Preencher o formulário à caneta azul e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas. Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U. de 19 de maio de 1998.	
DETALHAMENTO DOS CAMPOS	
<p>01- Nome Civil do usuário: Nome civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação. Caso o usuário seja recém-nascido informar o nome da mãe.</p> <p>02- Nome Social do usuário: Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.</p> <p>03- CPF: Número do CPF do Usuário SUS.</p> <p>04- Data de Nascimento: Informar a data de nascimento da parturiente não cadastrada, da mãe do recém-nascido ou da pessoa exposta.</p> <p>05- Órgão genital de nascimento: Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. Especialmente para pessoas transexuais e travestis.</p> <p>06- Orientação Sexual: É por quem a pessoa se sente atraída afetiva e sexualmente, podendo ser pessoas do mesmo gênero (homossexual), de gênero diferente (heterossexual) ou por ambos os gêneros (bissexual). A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo (a) usuário (a).</p> <p>07- Identidade de Gênero: é a percepção que uma pessoa tem de si como sendo homem, mulher, mulher trans, homem trans, ou travesti/mulher travesti, independentemente de seu órgão genital de nascimento e orientação sexual. Para identidade de gênero, marque sempre como a pessoa se percebe ou se define. A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a).</p> <p>08- Circunstância da Exposição: Informar a circunstância da exposição se acidente com material biológico, exposição sexual consentida ou violência sexual. Se a PEP for de transmissão vertical (Parturiente ou RN da mãe infectada pelo HIV) não preencher os campos 1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12 e 13. Preencher somente os campos Nome Civil, CPF e Data de Nascimento.</p> <p>09- Pessoa-fonte multixperimentada: Pessoa sabidamente infectada pelo HIV e em tratamento antirretroviral.</p> <p>10- Gestante: Informar se a Usuária SUS está gestante ou não ou tem suspeita de gestação.</p> <p>11- Informar se existe contraindicação ao esquema preferencial.</p> <p>12- Informar se usou álcool e outras drogas nos últimos 3 meses.</p> <p>13- Informar se nos últimos 6 meses aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo.</p> <p>14- Data da Exposição: Informar a data que ocorreu a exposição de risco.</p> <p>15 - Origem do acompanhamento médico: Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.</p> <p>16 - 17 - 18- 19- Esquemas Preferenciais:</p>	
Esquemas preferenciais	
16 – Esquema preferencial para PEP para 12 anos ou mais	TDF/3TC + DTG
17 – Esquema Preferencial para PEP em Gestantes > 12 semanas de gestação	TDF/3TC + DTG
18 – Esquema Preferencial para PEP em Gestantes ≤ 12 semanas OU suspeita de gestação	TDF/3TC + ATZ + RTV
19 – Esquema Preferencial para PEP para menores de 12 anos por faixa etária:	
0 – 14 dias	AZT sol.oral + 3TC sol. Oral + RAL granulado
14 dias – 2 anos	AZT sol.oral + 3TC sol. Oral + RAL granulado
2 anos – 12 anos	AZT + 3TC + RAL
<p>20- Medicamentos ARV: Relação dos medicamentos disponibilizados pelo SUS para o tratamento antirretroviral. O médico deverá informar posologia diária de cada medicamento prescrito ao Usuário SUS.</p> <p>21 - Médico: Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.</p> <p>22- Farmacêutico responsável: Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação.</p> <p>23- Assinatura do Usuário SUS: Assinatura do Usuário SUS acusando o recebimento do(s) medicamento(s) naquela dispensa.</p>	