



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

LUCAS CARLOS DE ALMEIDA

**CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA EM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
SEXUAL: UMA REVISÃO SOBRE OS FATORES LIMITANTES E
DETERMINANTES DE SUCESSO**

Barreiras - BA
2023

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA EM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
SEXUAL: UMA REVISÃO SOBRE OS FATORES LIMITANTES E
DETERMINANTES DE SUCESSO**

LUCAS CARLOS DE ALMEIDA

Professor(a) orientador(a): MÁRCIA REGINA DE OLIVEIRA PEDROSO

Coorientador (a): PABLINNY MOREIRA GALDINO DE CARVALHO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Oeste da Bahia como
requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel
em Medicina.

Barreiras - BA
2023

FICHA CATALOGRÁFICA

A447 Almeida, Lucas Carlos de.

Contracepção de emergência em vítimas de violência sexual: uma revisão sobre os fatores limitantes e determinantes de sucesso. / Lucas Carlos de Almeida. – 2023.

32f.

Orientador: Prof. Dra. Márcia Regina de Oliveira Pedroso.

Monografia (Graduação) – Bacharelado em Medicina. Universidade Federal do Oeste da Bahia. Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. Barreiras, BA, 2023.


1. Anticoncepção Pós-Coito. 2. Delitos Sexuais. 3. Resultado do Tratamento. I. Pedroso, Márcia Regina de Oliveira. II. Universidade Federal do Oeste da Bahia - Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. III. Título.

CDD 610


Biblioteca Universitária de Barreiras - UFOB

ATA DE DEFESA PÚBLICA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO


Aos 30 dias do mês de novembro de 2023, às 14 horas, em sessão pública na sala 107 dos Laboratórios Didáticos de Saúde da Universidade Federal do Oeste da Bahia, na presença da Banca Examinadora presidida pela Professora Márcia Regina de Oliveira Pedroso e composta pelos examinadores Profa. Dra. Daiene Rosa Gomes e Profa. Raquel de Paula Alvim, o aluno Lucas Carlos de Almeida apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: “Contracepção de emergência em vítimas de violência sexual: uma revisão sobre os fatores limitantes e determinantes de sucesso” como requisito curricular indispensável para a integralização do Curso de Medicina. Após reunião em sessão reservada, a Banca Examinadora deliberou e decidiu pela **aprovação** do referido trabalho, divulgando o resultado formalmente ao aluno e demais presentes e eu, na qualidade de Presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais examinadores.

Documento assinado digitalmente
 **MARCIA REGINA DE OLIVEIRA PEDROSO**
Data: 06/12/2023 09:39:06-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Presidente da Banca Examinadora

Documento assinado digitalmente
 **DAIENE ROSA GOMES**
Data: 05/12/2023 08:53:34-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Examinador 01

Documento assinado digitalmente
 **RAQUEL DE PAULA ALVIM**
Data: 05/12/2023 07:16:02-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Examinador 02

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre foi meu guia e me deu forças para conseguir concretizar todos meus sonhos e principalmente forças para não desistir, em minha prova para ingressar na faculdade coloquei um versículo no cabeçalho que sempre me orientou e me trouxe luz em momentos de escuridão - LC: 1:37 - Porque para Deus não há nada impossível. Desta forma, tomei as palavras de conforto e abrigo e consegui chegar até aqui.

Aos meus Pais, Ademir e Rosária, que sempre me apoiaram nessa caminhada, mesmo em momentos que pareciam impossíveis continuar, vocês me trouxeram conforto e principalmente me lembraram que sou capaz.

A minha afilhada e irmã do coração, Elisa e Lorryne Theza, que mesmo estando há 1100km sempre estiveram com seu coração do lado do meu, me incentivando, apoiando e principalmente sonhando o meu sonho, amo vocês.

Aos meus amigos Isabela, Natacha e Pedro, obrigado por nunca soltar minha mão nesses quatro anos, me incentivando, escutando e principalmente me dando colo e conforto que só consigo sentir em Minas, obrigado por ser meu lar e abrigo. Também agradeço Carolaine, Mateus P, e meus “LOBOS” por todo carinho e incentivo, com vocês a vida se torna mais leve.

A minha orientadora Márcia, obrigado por toda paciência, correção, ensinamentos, puxões de orelha e com toda certeza por todo compromisso e carinho.

RESUMO

Introdução: Segundo a Organização Mundial da Saúde, 1 a cada 3 mulheres no mundo irão sofrer violência sexual e/ou física durante a vida. A agressão sexual contra a mulher é uma das manifestações da violência de gênero mais persistentes, a qual atravessa períodos históricos, fronteiras nacionais e permeia diferentes culturas, independentemente da classe social, raça, etnia ou religião. Um dos desdobramentos da agressão sexual contra a mulher é a gravidez indesejada, para a qual a contracepção de emergência é uma opção eficaz, podendo ser realizada até 120 horas após o ato. Sabe-se que diferentes tipos de violência sexual resultam em diferentes tipos de abordagens terapêuticas, porém o uso da contracepção de emergência possui o mesmo objetivo em todos os casos: evitar uma gravidez indesejada e a contaminação por uma infecção sexualmente transmissível. **Objetivo:** Analisar os fatores determinantes e limitantes do acesso de vítimas de violência sexual a contracepção de emergência nos serviços de saúde. **Métodos:** Trata-se de uma Revisão da Literatura, o qual fez uso do Sistema PICO para elaboração da temática. Foram utilizadas como plataformas de busca o PubMed e a BVS, associados a termos selecionados a partir do DeCS/MeSH. **Resultados:** A partir dos métodos aplicados foram selecionados três artigos para a revisão. Como fatores limitantes para o uso da CE relacionados à vítima foram encontrados a dificuldade e a falta de conhecimento para buscar o atendimento e a relação de dependência com o agressor. Com relação aos serviços de saúde, foram encontrados como entraves a falta de abastecimentos dos serviços de saúde, a falta de preparo dos profissionais de saúde e a falta de conhecimento ao longo da formação de profissionais na área da saúde. **Conclusão:** A CE é um recurso de saúde pública que possibilita que vítimas de violência sexual tenham autonomia sobre seus direitos reprodutivos. A identificação e a superação dos entraves para o seu acesso possibilitam estabelecer políticas públicas mais efetivas para o acompanhamento dessas mulheres.

Palavras-chave: Anticoncepção Pós-Coito; Delitos Sexuais; Resultado do Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: According to the World Health Organization, 1 in 3 women in the world will suffer sexual and/or physical violence during their lifetime. Sexual aggression against women is one of the most persistent manifestations of gender violence, which crosses historical periods, national borders and permeates different cultures, regardless of social class, race, ethnicity or religion. One of the consequences of sexual aggression against women is unwanted pregnancy, for which emergency contraception is an effective option and can be carried out up to 120 hours after the act. It is known that different types of sexual violence result in different types of therapeutic approaches, but the use of emergency contraception has the same objective in all cases: to avoid unwanted pregnancy and contamination by a sexually transmitted infection. **Objective:** To analyze the determining and limiting factors of access for victims of sexual violence to emergency contraception in health services. **Methods:** This is a Literature Review, which made use of the PICO System to elaborate the theme. PubMed and VHL were used as search platforms, associated with terms selected from DeCS/MeSH. **Results:** Based on the methods applied, three articles were selected for the review. Limiting factors for the use of EC related to the victim were the difficulty and lack of knowledge in seeking care and the dependent relationship with the aggressor. Regarding health services, obstacles were found to be the lack of supplies of health services, the lack of preparation of health professionals and the lack of knowledge during the training of professionals in the health area. **Conclusion:** EC is a public health resource that allows victims of sexual violence to have autonomy over their reproductive rights. Identifying and overcoming barriers to access makes it possible to establish more effective public policies to monitor these women.

Keywords: Postcoital Contraception; Sexual Offenses; Treatment Result

LISTA DE ABREVIATURAS

ACOG – Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia

CE – Contracepção de Emergência

DIU – Dispositivo Intrauterino

FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

IST´S – Infecções Sexualmente transmissíveis

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MY – Método de Yuzpe

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PEP – Profilaxia Pós-Exposição

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

RI – Revisão Integrativa

PICO – Patient, Intervention, Control and Outcome

PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

- Figura 1: Fluxograma do desenho do estudo.....22
- Figura 2: Fluxograma da coleta e seleção dos estudos.....23

QUADROS

- Quadro 1: Síntese dos resultados dos artigos selecionados.....24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 VIOLÊNCIA SEXUAL: CONCEITO E MAGNITUDE.....	12
2.2 LEGISLAÇÃO DE COMBATE E PROTEÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	13
2.3 ACOLHIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	15
2.4 CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA.....	17
3 OBJETIVOS	20
3.1 OBJETIVO GERAL.....	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4 MATERIAIS E MÉTODOS	21
5 RESULTADOS	23
6 DISCUSSÃO	26
7 CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

1 INTRODUÇÃO

A violência sexual contra a mulher é uma problemática mundial que vitimiza distintos grupos socioculturais, religiosos e étnicos, e países, independentemente do nível de desenvolvimento socioeconômico. Tal violência corrompe direitos humanos inalienáveis dessa parcela da sociedade, impactando toda a vida, como no âmbito da saúde física, sexual-reprodutiva e mental. Paralelamente a isso, o aumento dos riscos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e gestações não planejadas, implicando diretamente no curso de vida dessa parcela populacional (KEYSER; MAROYI; MUKWEGE, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2018, apontou uma em cada três mulheres é vítima de violência física ou sexual por seu parceiro íntimo ou por não parceiro, esse número permaneceu inalterado nos últimos anos (OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE ATENÇÃO A SAÚDE, 2018).

No Brasil, em 2023, foi publicado no 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 74.930 novos casos de agressão sexual, sendo o maior número da história, dentre essas vítimas, 61,4% tinham menos que 13 anos de idades. O Sistema de Informações de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (Sinan), relatou que 89% das vítimas de violência sexual são mulheres e 70% dos agressores são conhecidos pela vítima, com vínculo afetivo ou não (DELZIOVO *et al.*, 2018).

Um dos desdobramentos da agressão sexual contra a mulher é a gravidez indesejada, para a qual a contracepção de emergência (CE) é uma opção eficaz, podendo ser realizada em até 120 horas após o ato. Sabe-se que diferentes tipos de violência sexual resultam em diferentes tipos de abordagens terapêuticas, porém o uso da CE possui o mesmo objetivo em todos os casos: evitar uma gravidez indesejada (DENNIS *et al.*, 2019).

Sob essa temática, métodos de CE, são indispensáveis no atendimento à saúde dessas mulheres, a fim de assegurar seus direitos reprodutivos. Todavia, são suscetíveis a falhas e possuem determinantes de sucesso ou não. Atualmente o Brasil, conta com métodos hormonais, como o Método Yuzpe (MY) ou levonorgestrel, e não hormonais, como o Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre (GILMORE *et al.*, 2022).

Diversos aspectos devem ser levados em consideração no atendimento à vítima de violência sexual, sendo um dos pilares a CE, de extrema relevância. Sob essa ótica, o risco de gravidez varia entre 0,5% a 5%, concomitante ao risco de 58% de IST's após a exposição. No entanto, tal dado não deve ser utilizado para negligenciar o fornecimento de CE à essas pacientes. É crucial reconhecer que a contracepção de emergência desempenha um papel

fundamental na assistência às vítimas de violência sexual (DU MONT *et al.*, 2017).

Torna-se, evidente, que a compreensão dos fatores, sensíveis, que determinam e limitam o sucesso da CE é de suma importância. Demonstra-se, assim, que há uma interação complexa entre as necessidades médicas e demandas psicossociais de mulheres vítimas de violência sexual, exigindo cuidados abrangentes e holístico. A CE é parte indispensável do cuidado, ao lado de medidas profiláticas e de combate à IST's, com o intuito de garantir que essas vítimas tenham acesso a atendimento adequado, pautado no fornecimento de informações completas e esclarecidas, para assegurar a autonomia de suas decisões no que tange sua saúde e bem-estar (GILMORE *et al.*, 2022).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 VIOLÊNCIA SEXUAL: CONCEITO E MAGNITUDE

Violência: comportamentos, ações ou práticas que causam danos físicos, psicológicos, emocionais, sexuais e econômicos a uma pessoa ou grupo. Assim, é comum que essa prática seja ancorada pelo uso da força, coação, intimidação ou uso indevido de poder, a fim de, prejudicar, controlar ou dominar o outro indivíduo (CAMPBELL, 2002).

A violência contra a mulher, trata-se, de qualquer tipo de abuso, agressão, ou tratamento destrutivo dirigido, especificamente, a essa parcela da população. (DAVIDSON; GERVAIS, 2015) Esse tipo de violência pode ser física, sexual, psicológica, econômica ou verbal e, na maior parte dos casos, é cometida por parceiros íntimos e familiares, ou por estranhos e, até mesmo, organizações políticas. (DAVIDSON; GERVAIS, 2015) Tal cenário, estabelece uma chaga social que se estende por todo o mundo e viola os direitos inalienáveis das mulheres, com efeitos biopsicoculturais devastadores (DECLARATION ON THE ELIMINATION OF VIOLENCE AGAINST WOMEN, 1993).

Violência sexual, caracteriza-se, pela coerção, força ou exploração sexual não consensual de um sujeito. (DAVIDSON; GERVAIS, 2015) Isso inclui atos, como, estupro, assédio ou abuso sexual e qualquer atividade sexual forçada sem o consentimento da vítima. A violência sexual é uma violação dos direitos e da autonomia de um indivíduo que resulta em traumas físicos e psicológicos (DREZETT, 2003).

A violência contra a mulher ocorre de maneira avassaladora no âmbito mundial. Segundo a OMS, cerca de 736 milhões de mulheres são submetidas à violência física ou sexual por parte de seu parceiro ou violência sexual por parte de um não parceiro (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018). Destaca-se que essa violência se inicia de maneira precoce, em que cerca de 25% das mulheres jovens que estiveram em um relacionamento já foram vítimas de violência de seus parceiros em sua segunda década de vida (DREZETT, 2003).

Uma análise conduzida pela OMS junto à *London School of Hygiene and Tropical Medicine e ao Medical Research Council*, baseada em dados de 80 países, descobriu que, em todo o mundo, quase um terço (30%) de todas as mulheres que estiveram em um relacionamento sofreram violência física e/ou sexual por parte de seu parceiro. As estimativas de prevalência variam de 23,2% nos países de alta renda e 24,6% na região do Pacífico Ocidental para 37% na região do Mediterrâneo Oriental e 37,7% na região do Sudeste Asiático. Além disso, 38% de todos os assassinatos de mulheres são cometidos por parceiros em todo mundo. Destaca-se,

também, que 7% das mulheres em todo o mundo relatam terem sido assediadas sexualmente por terceiros, embora os dados para essa questão sejam mais limitados (OPAS/OMS, 2022).

Um estudo realizado em Pernambuco, a partir de dados de um serviço de atendimento às vítimas de violência sexual, encontrou que os agressores eram, principalmente, do sexo masculino (98,8%), com idade entre 18 e 35 anos (43,6%); de etnia parda (58,5%), com ensino fundamental (50,3%) e que residiam próximo a vítima (40,2%). Estas eram pessoas conhecidas da vítima, sendo principalmente familiares e amigos (87%). Com relação ao agravo, este ocorreu no período da noite (30,7%) e normalmente na própria casa da vítima (43,6%); a agressão de mais prevalência foi o estupro/tentativa de estupro (49,8%) (RIBEIRO; LEITE, 2016).

Um trabalho realizado na cidade de Ribeirão Preto em São Paulo evidenciou que, predominantemente, as vítimas de violência sexual eram mulheres jovens, autodeclaradas brancas, sem atividade remunerada e sem um parceiro sexual estável. A média de idade das vítimas foi de 24,4 anos, com uma forte concentração na faixa etária de 11 a 19 anos, destaca-se, assim a vulnerabilidade destas adolescentes à violência sexual (DE JESUS *et al.*, 2022).

Salienta-se que a baixa escolaridade está presente em cerca de 50% das vítimas, o que explica o alto número de adolescentes na coorte, reconhecidas por frequentes mudanças de parceiro e instabilidade econômica. Ademais, 25% das vítimas relatou transtornos psiquiátricos pré-existent, acentuando a necessidade de atenção psicológica e/ou psiquiátrica na população em geral, uma vez que mulheres com transtornos de saúde mental apresentam maior risco de violência sexual, e por conseguinte, enfrentarem impactos duradouros em sua saúde psicológica e comportamental, afetando suas futuras relações sexuais e sociais (DE JESUS *et al.*, 2022).

2.2 LEGISLAÇÃO DE COMBATE E PROTEÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Mulheres lutam continuamente para garantir acesso a direitos e segurança ao longo da história, e mesmo, diante disso os números de violência contra esse grupo não há uma redução proporcional a esse enfrentamento (SCHNITTKER, 2022). Com resultado de diversas batalhas históricas, houve a promulgação de leis e medidas que tem em vista a prevenção, assistência e o estabelecimento de políticas públicas e punições mais efetivas para aqueles que cometem esse tipo de violência. Entretanto, os avanços significativos só começaram a se concretizar nas últimas décadas por meio de medidas legislativas e políticas (MAFIOLETTI *et al.*, 2018).

Ao longo da história mulheres desenvolveram uma rede de apoio e suporte a fim de combaterem a violência contra elas infringida. Mostra-se que tais mecanismos são agentes de

transformação socioculturais, e não apenas uma medida de punição aos diversos resultados desse tipo de agressão contra o grupo. Reconhece-se, que mesmo que as leis representem uma evolução significativa no asseguramento de direitos, essas ainda não são suficientes para extinguir os diferentes tipos de violência contra a mulher (MORAES; RIBEIRO, 2012).

Alguns exemplos brasileiros das conquistas históricas das mulheres, tendo em vista suas crescentes lutas contra o patriarcado opressor e machista, estão registradas em leis que servem como marcos e amparo às cidadãs brasileiras. Leis estas:

- Lei Maria da Penha (11.340/2006): Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e estabelece medidas de assistência e proteção;
- Lei Carolina Dieckmann (12.737/2012): Tornou crime a invasão de aparelhos eletrônicos para obtenção de dados particulares;
- Lei do Minuto Seguinte (12.845/2013): Oferece garantias a vítimas de violência sexual, como atendimento imediato pelo Sistema Único de Saúde (SUS), amparo médico, psicológico e social, exames preventivos e informações sobre seus direitos;
- Lei Joana Maranhão (12.650/2015): Alterou os prazos quanto à prescrição de crimes de abusos sexuais de crianças e adolescentes. A prescrição passou a valer após a vítima completar 18 anos, e o prazo para denúncia aumentou para 20 anos;
- Lei do Femicídio (13.104/2015): Prevê o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, ou seja, quando crime for praticado contra a mulher por razões da condição de sexo feminino.

Embora essas leis sejam ferramentas importantes para assegurar o acesso a direitos inalienáveis da mulher, elas precisam ser aplicadas de forma eficaz, a fim de aumentar a sensibilização pública e promover a mudança de comportamentos arraigadas na sociedade (MORAES; RIBEIRO, 2012).

Nesse interim, é importante, destacar que a educação sociocultural sobre igualdade de gênero e consentimento sexual, são primários para a proteção da mulher. Entretanto, a proteção dos direitos das mulheres esbarra em dificuldades como: a desigualdade financeira entre os gêneros, acesso à serviços de saúde deficitários e a dificuldade do empoderamento feminino frente ao machismo estrutural enraizado na sociedade. Além disso, é imprescindível, que uma rede de suporte a mulheres vítimas de violência sexual conte com assistência psicológica, orientação jurídica e abrigos seguros (DE JESUS *et al.*, 2022).

2.3 ACOLHIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A assistência em saúde adequada das vítimas de violência sexual é um dos pilares primordiais do processo que essas iram enfrentar após esse episódio. No entanto, observa-se, a resistência dessas mulheres procurarem o atendimento médico nesses casos mesmo que se encontrem em um estado de extrema vulnerabilidade, e diversas são as justificativas para tal escolha (DAVIDSON; GERVAIS, 2015).

O atendimento deve ser pautado de maneira ética, privativa, confidencial e com total sigilo, visto que, a recuperação física e emocional dessas mulheres estão intrinsecamente atreladas a esse primeiro atendimento adequado. Desse modo, é de responsabilidade da equipe em saúde garantir um ambiente seguro e receptivo a essas vítimas, onde ela possa se sentir respeitada e validada, por meio de uma ausculta qualificada (FORNARI; LABRONICI, 2018).

No que tange o atendimento à vítima de violência sexual, o ambiente deve ser privativo, a fim de evitar olhares e indiscretos e julgamentos, e possa recuperar o sentimento de proteção. O sigilo e confidencialidade são indispensáveis, ou seja, as informações compartilhadas não devem ser divulgadas sem o aval da paciente. A assistência não deve se restringir apenas ao atendimento médico imediato, caso seja possível, apoio psicológico e jurídico precisa ser assegurado. E mesmo que naquele momento ela recuse essa assistência o apoio continuado é essencial para auxiliar em sua recuperação, haja vista, a longa e difícil jornada reabilitação (FORNARI; LABRONICI, 2018).

Qualquer profissional de saúde qualificado pode realizar o atendimento da vítima de violência sexual. Todavia, é de suma importância a capacitação de profissionais de saúde para o adequado atendimento dessas pacientes, com o intuito de não gerar constrangimento e evasão do sistema de saúde. A resposta de casos de abuso sexual deve ser completo e sensível, o que deve abranger a coleta de informações pertinentes para considerar a escolha do melhor tratamento da paciente em questão (MOREIRA *et al.*, 2020).

Coletar informações como o tipo de agressão sofrida pela vítima, contato com fluídos corporais, uso de drogas durante o episódio, e gestação são primordiais. A estratificação de risco para gestação e IST's pode ser um facilitador com essas informações, assim como, podem ser essenciais para a coleta de evidências para a investigação criminal. Somado a isso, a equipe de saúde é essencial para garantir apoio emocional e psicológico as vítimas que se apresentam em traumatizadas. O processo de recuperação dessas pacientes é intrínseco a um tratamento empático e acolhedor (LI; LO; HO, 2014).

Segundo a Norma Técnica do Ministério da Saúde (2012) e o Decreto Presidencial nº

7958 de 13 de março de 2013, no atendimento às vítimas de violência sexual é recomendada a coleta das seguintes informações:

- Local, dia e hora aproximados da violência sexual e do atendimento médico no Hospital de Referência;
- História clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida;
- Tipo(s) de violência sexual sofrida(s);
- Forma(s) de constrangimento empregada(s);
- Tipificação e número de agressores;
- Exame físico completo, inclusive os exames ginecológico e urológico (devendo registrar a presença ou ausência de sinais e sintomas de IST's, tais como: leucorreias, lesões verrucosas, lesões ulceradas);
- Descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica;
- Descrição minuciosa de vestígios e de outros achados no exame;
- Identificação dos profissionais que atenderam a vítima, com letra legível e assinatura;
- Preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências.

Vale ressaltar que a violência sexual deve ter sua notificação imediata (24 horas) para a Secretaria Municipal de Saúde conforme descrito na portaria GM/MS 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 (PARANÁ, 2017).

Uma série de exames laboratoriais devem ser realizados, a fim de oferecer continuidade ao atendimento das pacientes que necessitam de CE.

Dentre as solicitações estão:

- Bacterioscopia (Clamídia, Gonococo e Trichomonas) – Cultura para gonococo e PCR para Clamídia e análise da presença de espermatozoides no material;
- Anti-HIV;
- Hepatite B (Hbs AG e Anti Hbs);
- Hepatite C (anti HCV);
- Sífilis;
- Transaminases;
- Hemograma;
- β HCG.

Uma medida de emergência contra IST's é a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), usado em concomitância a CE. Esse esquema terapêutico deve ser usado em casos de violência sexual, relações sexuais desprotegidas, rompimento de preservativos, e até mesmo, acidentes de trabalho com imunobiológicos, visto que reduzem a incidência de desenvolvimento desse tipo de infecção (ACELINO *et al.*, 2022). O protocolo deve ser iniciado o mais rápido possível, e não ultrapassar 72 horas a fim de garantir sua maior eficácia (BRASIL, 2022).

Esses procedimentos são garantidos e amparados perante a chamada 'Lei do Minuto Seguinte' (Lei nº 12.845/2013), que assegura o atendimento completo, obrigatório, emergencial, imediato, preferencial e gratuito às vítimas de violência sexual em unidades de saúde. Ademais, também, abarca o acesso a CE, o qual permite que as vítimas tenham acesso imediato a métodos contraceptivos após ao abuso sexual, a fim de garantir uma menor incidência de gestação indesejada (WEBER *et al.*, 2023).

2.4 CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

É definido como CE, segundo a OMS e o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG), um método hormonal e não hormonal, não perigoso de prevenir uma gestação até 120 horas após a relação sexual (CHENG; CHE; GÜLMEZOGLU, 2012). A CE é uma ferramenta segura e eficaz, com o objetivo de prevenir uma gestação, oriunda de uma relação sexual que seja desprotegida ou que seja fruto de um abuso sexual (GEMZELL-DANIELSSON; RABE; CHENG, 2013).

Existem inúmeros métodos de CE protocolados, nesse sentido, podem ser utilizados diferentes métodos a depender da ação, prazo de eficácia, posologia, efeitos indesejados e contraindicações. Assim, faz-se necessário, o reconhecimento de cada um desses métodos para sua melhor indicação diante da situação ocorrida (SHEN *et al.*, 2017).

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), afirma que o método de contracepção hormonal é cada vez mais empregado entre mulheres, sobretudo, naquelas vítimas de violência sexual, por meio de medicamentos hormonais e o DIU de cobre (GIGLIO *et al.*, 2017).

Os métodos CE hormonais impedem ou retardam a ovulação, no entanto, há também mecanismos envolvidos que interferem no mecanismo de desenvolvimento folicular, na maturação do corpo lúteo e inibição da fertilização. Ademais, todos os mecanismos de ação desses métodos não estão totalmente compreendidos. A concepção preferencialmente ocorre entre o quinto dia antes da ovulação até o dia da ovulação, embora, possa ocorrer em qualquer

período do ciclo menstrual visto a natureza imprevisível desse ciclo. Em se tratando, das mulheres que não utilizam métodos contraceptivos, a investigação do ciclo menstrual é imprescindível para inferir o período ovulatório (SARVER; CREGAN; CAIN, 2021).

Métodos anticoncepcionais hormonais utilizados na CE no Brasil:

- 1) As pílulas etinilestradiol juntamente com levonorgestrel – Método Yuzpe (MY);
- 2) Levonorgestrel;
- 3) O dispositivo intrauterino de cobre (DIU).

O MY é a combinação entre as pílulas hormonais de etinilestradiol (0,2 mg) e levonorgestrel (1 mg), via oral a cada 12 horas, durante 24 horas, devendo ser utilizado em até 72 horas após o coito desprotegido. O etinilestradiol é um antigonadotrópico que regula o aumento da síntese das globulinas ligadoras de hormônios sexuais no plasma, que reduz a parcela de andrógenos livres circulantes no organismo. Deve-se levar em consideração, que esse método pode sofrer interação com antirretrovirais utilizados na PEP, o que pode levar a uma redução da eficácia da CE (GLASIER *et al.*, 2011). Em algumas situações clínicas o uso de estrogênio deve ser desencorajado, devendo-se optar por outro método CE não estrogênico. Dentre essas situações destaca-se eventos tromboembólicos conhecidos, doença arterial coronariana, acidente vascular isquêmico, infarto agudo do miocárdio, distúrbio de coagulação conhecido, CA de mama conhecido (FEBRASGO, 2022).

O levonorgestrel, tem apresentação em dose única (1,5 mg) e em dose fracionado (0,75) que deve ser utilizado a cada 12 horas ao longo de 24 horas, por via oral, devendo ser administrado em até 72 horas do ato sexual a fim de não reduzir sua eficácia. Ele é uma progesterona que inibe ou retarda à ovulação, além de modificar a motilidade tubária, o que dificulta a translocação do óvulo e/ou espermatozóide pelas tubas uterinas, além disso, também impede a penetração do espermatozóide no muco cervical. Uma das vantagens desse método é a ausência de estrogênio em sua composição, o que o torna isento de efeitos colaterais e contra-indicações (TRUSSELL; ELLERTSON; DORFLINGER, 2003).

O DIU de cobre é um método não hormonal, também usado na CE. Sua inserção pode ser realizada em até 120 horas após a relação sexual desprotegida, porém não deve ser inserido após 5 dias da ovulação caso esse período seja conhecido. Tem como principal vantagem ser um método de longa duração que confere contracepção por até 10 anos e não possui interações medicamentosas. Estudos demonstram que a incidência de gestação em que optaram pelo DIU de cobre foi de apenas 6,5% quando comparado a 12,2% entre aquelas que escolheram o método de levonorgestrel (QUIÑONES; SALAS-HERNÁNDEZ, 2021).

A CE não é recomendada para gestante, no entanto não há evidências estabelecidas de que possa levar danos ao processo de gravidez ou desenvolvimento fetal. Caso a gestação não possa ser afastada a partir da história médica e/ou exame físico, indica-se a realização de um teste de gravidez antes da prescrição do método de emergência (YEN; SAAH; ADAMS HILLARD, 2010).

Por fim, vale ressaltar, a importância do profissional de saúde de ponderar fatores individuais e autonomia da paciente diante da escolha do método CE (QUIÑONES; SALAS-HERNÁNDEZ, 2021).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar e descrever os fatores determinantes e limitantes do acesso de vítimas de violência sexual a contracepção de emergência nos serviços de saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o uso da CE por vítimas de violência sexual;
- Investigar as principais barreiras sociais e culturais que impedem as vítimas de violência sexual de ter acesso a CE;
- Identificar os fatores relacionados aos serviços de saúde que podem afetar o acesso à CE às vítimas de violência sexual.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão da literatura em que foi realizada a análise dos resultados dos trabalhos publicados em bases de dados que possuam relevância para o tema. Foi utilizado o Sistema PICo (*Patient, Intervention, Control and Outcome*) para auxiliar na elaboração da pergunta de pesquisa:

- P (População): mulheres vítimas de violência sexual
- I (Interesse): contracepção de emergência
- Co (Contexto): fatores determinantes e limitantes do acesso

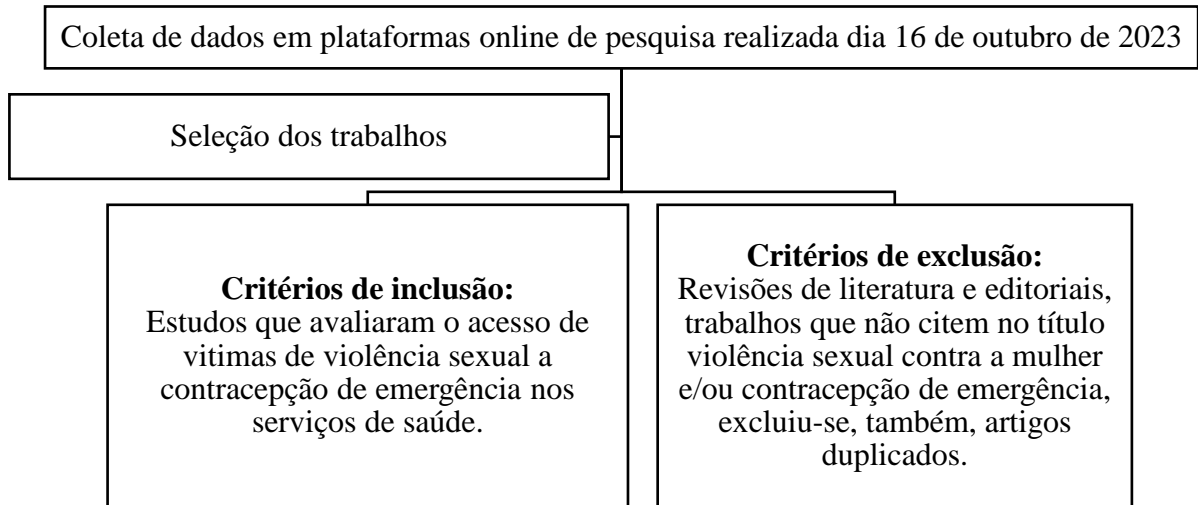
A busca foi realizada de forma online, por meio de bases de dados especializadas: *U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed)* (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>) e Biblioteca Virtual em Saúde (<https://bvsalud.org/>). A busca nessas plataformas considerou estudos publicados nos últimos 10 anos.

Para a definição das estratégias de busca, utilizou-se nas plataformas termos selecionados a partir do Descritores em Ciências da Saúde DeCS/MeSH, associados ao uso de operadores booleanos AND e OR quando se fez necessário. Para a combinação dos descritores e operadores booleanos, a busca foi realizada da seguinte forma: (*Emergency contraception*) AND “(*Sexual assault*)” e para pesquisas em português (*Anticoncepção Pós-Coito*) AND (*Delitos Sexuais*).

Como critérios de inclusão foram utilizados: artigos científicos com resultados de estudos observacionais, randomizados ou relatos de casos; nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa; publicados nos últimos 10 anos; e cuja amostra era composta por mulheres em idade reprodutiva vítimas de violência sexual (Figura 1).

Como critérios de exclusão foram utilizados: trabalhos de revisão de literatura e editoriais; trabalhos que não utilizavam os termos “violência sexual” e/ou “contracepção de emergência” no título; e artigos duplicados (Figura 1). Ademais, após a leitura completa dos artigos, as informações extraídas para serem utilizadas na revisão foram excluídas literaturas que levaram em conta apenas mulheres em idade não reprodutiva, apenas a profilaxia contra IST's em vítimas de agressão sexual, contracepção de emergência em mulheres que não foram vítimas de violência sexual e estudos realizados com crianças e adolescentes.

Figura 1: Fluxograma do desenho do estudo.



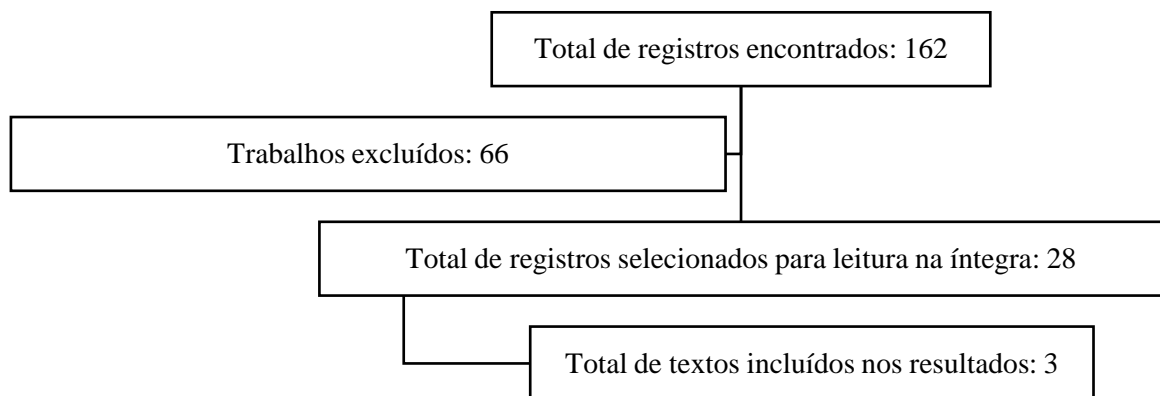
Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

5 RESULTADOS

A busca nas plataformas de dados associados aos filtros escolhidos resultou em 162 títulos, que foram reduzidos a 96 trabalhos elencados para a leitura do resumo, e em seguida, 28 foram lidos na íntegra. Desses, 25 foram excluídos, e 3 foram selecionados para a descrição, e posterior, discussão dos resultados (Figura 2).

Os estudos selecionados tiveram como objetivo descrever o uso de CE em vítimas de violência sexual, relatando o tempo da CE, o método utilizado, a taxa de eficácia na prevenção de uma gestação indesejada, além disso investigar os principais fatores que limitam e determinam o acesso na CE. Como fatores limitantes para o uso da CE relacionados à vítima foram encontrados a dificuldade e a falta de conhecimento para buscar o atendimento e a relação de dependência com o agressor. Com relação aos serviços de saúde, foram encontrados como entraves a falta de abastecimentos dos serviços de saúde, a falta de preparo dos profissionais de saúde e a falta de conhecimento ao longo da formação de profissionais na área da saúde.

Figura 2: Fluxograma da coleta e seleção dos estudos.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Quadro 1: Síntese dos resultados dos artigos selecionados.

ID	Autoria, ano de publicação	Local e período da coleta	Tipo de estudo	Descrição da amostra	Principais resultados	Conclusão
1	Du Mont <i>et al.</i> , 2017	Ontario, Canada; 2009 a 2011	Estudo transversal	619 mulheres com mais de 16 anos que sofreram violência sexual por um agressor, atendidas em 30 hospitais de referência	<ul style="list-style-type: none"> - Uma em cada cinco mulheres sofreram violência pelo parceiro íntimo (atual ou ex-parceiro) - Mulheres que sofreram violência sexual pelos parceiros demoraram mais tempo para procurar atendimento e foram menos propensas a receber CE, profilaxia para IST's e aconselhamento para uso de PEP para HIV 	Os profissionais de saúde precisam estar preparados para o atendimento às vítimas de violência sexual a fim de garantir que as diferentes necessidades das vítimas sejam atendidas, considerando também a relação com o agressor. Com relação às mulheres vítimas de violência sexual pelo parceiro íntimo os serviços de saúde precisam estar atentos à natureza potencialmente contínua deste agravo.
2	Delziovo <i>et al.</i> , 2018	Santa Catarina, Brasil, 2008 a 2013	Estudo transversal	1.230 notificações de violência sexual contra a mulher (10 anos ou mais),	- A gravidez decorrente da agressão atingiu 7,6% das vítimas, sendo maior naquelas mulheres que não foram atendidas em até 72 horas após	A gravidez atingiu principalmente as mulheres que não acessaram os serviços de saúde e que não usaram

				registradas no Sinan	<p>o evento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser atendida em até 72h e receber CE foram fatores protetores para gravidez. - Mesmo não ser atendida em 72h e receber a CE apresentou proteção contra a gravidez. - Somente 50% das mulheres receberam a CE. 	CE, destacando-se a importância de melhorar o acesso aos serviços de saúde pelas vítimas de violência sexual e a estruturação de protocolos adequados para o seu atendimento.
3	Choi <i>et al.</i> , 2013	Suwon, Coreia do Sul, 2006 a 2009	Estudo transversal	302 prontuários de mulheres vítimas de violência sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Todas as mulheres receberam a CE, com a maioria (97,4%) no intervalo de 72 horas após a ocorrência. - Para todas foi administrada como CE 1,5mg de levonorgestrel. - Mesmo as pacientes que tomaram a CE após as 72h não ficaram grávidas. 	Uma dose única de 1,5 mg de levonorgestrel como CE após a violência sexual é altamente eficaz.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

6 DISCUSSÃO

Em primeiro plano, é fundamental salientar que a gravidez associada à violência sexual pode ser evitada por meio da CE, com mais de 95% de eficácia (YERSODHARAN, 2023). Delziovo *et al* (2018) demonstraram em seu estudo que a prevalência de gravidez em mulheres vítimas de violência sexual que receberam contracepção de emergência dentro de 72 horas foi de 1,6%, enquanto que entre aquelas que não receberam, 14,2% ficaram grávidas. Estes autores também encontraram que, mesmo aquelas mulheres que receberam a CE fora deste prazo, tiveram uma prevalência menor de gravidez (8,4%). Ademais, Choi *et al.* (2013), mostraram que 1,5mg de levonorgestrel em dose única como CE após a violência sexual é altamente eficaz.

Contudo, apesar de a CE ser considerada uma ferramenta de alta eficiência para a prevenção da gravidez em vítimas de violência sexual, há muitas situações que afetam o acesso e a adesão das vítimas, prejudicando a garantia deste direito.

Dentre os pilares da problemática acerca do uso da CE pelas mulheres vítimas de violência sexual, estão questões intrínsecas à vítima. Du Mont *et al.* (2017) ao avaliar os registros de atendimento de 30 hospitais de referência em Ontario, Canadá, encontraram que mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo (atual ou ex-parceiro) demoraram mais para buscar atendimento. Esse dado corrobora ao estudo de Vasconcelos, Holanda e Albuquerque (2016) em que muitas vítimas de violência sexual não buscam a devida ajuda não apenas por falta de conhecimento sobre seus direitos, mas, também, pelo medo de sofrerem com represálias de seus abusadores, tendo em vista que grande parte dos criminosos são próximos das vítimas.

Outro ponto fundamental de salientar que se infere com base no trabalho de Vasconcelos, Holanda e Albuquerque (2016) é que grande parte das vítimas que sofrem violência sexual possuem alguma relação de dependência, seja ela emocional - por conta de filhos já existentes, por exemplo - ou financeira, o que também funciona como um entreve à plena busca pela CE. Todo esse cenário de dependência e de medo de represália faz com que a busca por ajuda tanto no âmbito da saúde, quanto no âmbito jurídico seja reduzida.

Com isso, a sociedade como um todo falha na proteção dessas mulheres, uma vez que, não raro, apesar de haver leis que assegurem sua segurança – como a Lei Maria da Penha –, estas não são efetivas, o que favorece a perpetuação desse ciclo vicioso de abuso (Cisne; Oliveira, 2018). Um exemplo disso foi o desmantelamento da Secretaria Especial de Política para as Mulheres, no ano de 2015, a qual era baseada em um conjunto de ações articuladas e integradas por diversos setores da sociedade, tais como justiça, saúde e segurança pública no

que se refere ao embate à desigualdade e à violência de gênero. Além disso, apenas a existência de uma legislação não garante a sua efetividade, uma vez que é preciso problematizar essas mazelas sociais de modo a desnaturalizar a violência existente desde a gênese da sociedade, bem com haver uma ampla divulgação da lei e sobre como acessá-la (Lisboa; Zucco, 2022)

Todo esse cenário, com raízes machistas fundamentadas historicamente pela opressão e invisibilização das mulheres como cidadãs, impacta não somente na busca pela CE, mas também no retorno subsequente para acompanhamento ambulatorial, principalmente considerando que as vítimas necessitam de acompanhamento multiprofissional. Choi *et al.* (2013) encontraram em seu estudo que 3,3% das pacientes não retornaram para acompanhamento após o primeiro atendimento, fazendo com que surja a discussão em torno dos motivos pelos quais as vítimas não retornaram. Embora o trabalho não tenha trazido essa discussão à tona, infere-se que o medo de represálias, a vergonha de buscar o seguimento de atenção em saúde multidisciplinar e, também, a falta de orientações por parte dos profissionais de saúde durante o acolhimento podem ter impactado diretamente na adesão.

Além de questões referentes às vítimas e à dinâmica de ocorrência da violência sexual que afetam na busca pela CE e também na adesão ao acompanhamento, há também situações específicas dos serviços de saúde que funcionam como entraves à CE. Spinelli *et al.* (2014), caracterizando a oferta de CE em unidades de saúde da família de Recife, Pernambuco, encontraram que 90,6% dos profissionais referiram ter disponibilidade de CE na unidade, porém 22,6% informaram haver desabastecimento, situação que foi confirmada em 13 unidades.

Outro ponto a ser destacado no atendimento às vítimas de violência sexual e ao consequente uso da contracepção de emergência é o conhecimento dos profissionais de saúde. Nesse aspecto, Spinelli *et al.* (2014) encontraram que 77,8% dos profissionais de ensino superior das unidades tinham conhecimento das indicações do uso da CE, porém somente 51,3% tinham conhecimento sobre seus mecanismos de ação, sendo estas frequências maiores entre os enfermeiros do que entre os médicos. Esses dados demonstram a importância da realização de ações de educação continuada para as equipes.

Embora esse estudo tenha trazido dados relevantes no que tange à oferta da CE no SUS, trouxe, também, um dado alarmante sobre tal quando exorta que apesar de 85% dos profissionais de saúde do estudo já terem prescrito CE, apenas 8,5% a consideram um direito da mulher (Spinelli *et al.*, 2014). Tal dado denota e enfatiza o enraizamento da mentalidade patriarcal histórica que ainda configura um atraso à garantia da cidadania plena das mulheres. Em um país em que, historicamente, esse grupo social é violentado e subjugado, esse dado

apenas traz à tona a falta de entendimento, inclusive pelos profissionais de saúde, de que as mulheres têm direito sobre seu próprio corpo e que precisam de ajuda (Soares; Lopes, 2018). Não obstante, por conta da falta de conhecimento dos profissionais diante dessas situações de violência sexual, acabam por medicar as pacientes para “acalmar o sofrimento” fazendo com que, nas entrelinhas, a vítima se torne silenciada e tenha que suportar seu tormento sozinha (Soares; Lopes, 2018)

Outro ponto importante é a dificuldade logística que as vítimas enfrentam para procurar ajuda psicológica no sistema público de saúde. Um estudo realizado por Gomes *et al.* (2014), em que se avaliou a importância do profissional de psicologia dentro da Estratégia de Saúde da Família no contexto da violência conjugal, encontrou que os profissionais de saúde que atendem as vítimas em primeiro momento, referenciam-nas ao apoio de psicólogos por considerá-los preparados para tal.

Contudo, foi discutido no estudo que, de modo geral, há uma escassez de profissionais da área da psicologia para suprir toda a demanda, o que traz à tona uma ineficácia do sistema público de saúde em oferecer apoio psicológico às vítimas, seja por falta de profissionais ou seja por falta de um fluxo de atendimento consistente que abarque essas pacientes de maneira holística (Gomes, *et al.* 2014). Além disso, vale ressaltar ainda, que esse estudo foi realizado no contexto em que existia, ainda, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujo um dos componentes era o psicólogo, mas, em 2019, o NASF foi extinto e se antes a oferta de psicólogos não supria a demanda, agora a situação de busca por apoio psicológico no sistema público de saúde se tornou mais problemática e morosa.

Ademais, a existência de uma disciplina dentro das universidades com cursos da área da saúde que seja voltada ao preparo dos futuros profissionais à assistência aos conceitos de sexualidade (Val, *et al.* 2019) e às vítimas de violência sexual (Maito, *et al.* 2019), não é uma realidade das grades curriculares no Brasil como um todo. Por conseguinte, os profissionais de saúde saem de suas graduações despreparados para prestar assistência às vítimas e, esse fato, aliado ao cenário dos serviços, impacta diretamente na qualidade do acolhimento das vítimas e também no entendimento sobre a CE como sendo um direito inalienável e que deve ser ofertado a todas as mulheres vítimas de violência sexual.

Vê-se, pois, que apesar de haver oferta da CE dentro das redes de saúde pública de diferentes países, dentre outras medidas para prevenção de IST's às mulheres vítimas de violência sexual, os estudos trazem que há importantes entraves à plena oferta de tais medicamentos, tais como a falta de abastecimento e a falta de preparação de muitos profissionais o que, por conseguinte, não faz com que as vítimas se sintam acolhidas e

respeitadas dentro do escopo da saúde pública. Além disso, nenhum artigo trouxe relatos sobre o preparo da equipe de saúde no contexto do atendimento às vítimas de violência sexual no Brasil, o que é um fator limitante dos trabalhos selecionados a essa RI.

Dentre as principais limitações observadas nos artigos, destaca-se a falta de sinergismo entre os estudos, o que dificultou o estabelecimento de comparativos entre os diferentes tipos de trabalhos. Além disso, observou-se falta de dados no que se refere ao acesso das vítimas ao apoio psicológico, bem como explicação de como deve ser feito o fluxo de seu atendimento e sobre como os profissionais de saúde devem ser orientados para agirem da melhor maneira nesses casos. Por fim, também foram abarcados poucos estudos brasileiros nessa RI o que compromete o entendimento completo de como é o cenário brasileiro de saúde pública dentro da CE para as vítimas de violência sexual.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CE é um importante recurso médico para vítimas de violência sexual, pois oferece a oportunidade de evitar uma gravidez indesejada após uma agressão sexual.

A partir das buscas realizadas foram obtidos na revisão integrativa de literatura indicam que os principais fatores limitantes e determinantes do sucesso da CE das mulheres vítimas de violência sexual são a falta de abastecimento das unidades de saúde, a carência de um fluxo consistente de atendimento, a dificuldade de acesso a apoio psicológico dentro do sistema público de saúde e o medo de procurar atendimento após o abuso sexual, principalmente se o agressor for o parceiro íntimo (atual ou ex-parceiro).

Dada a importância dos estudos acerca da CE em vítimas de violência sexual, enfatizando-se seus fatores limitantes e determinantes para o sucesso dessa terapêutica, destaca-se a necessidade de realização de mais estudos que compreendam a dinâmica de atendimento às vítimas de violência sexual no Brasil, bem como as medidas adotadas para minimizar os impactos deste agravo às vítimas.

Em síntese, a revisão integrativa de literatura sugere que a CE deve ser um direito inalienável das mulheres vítimas de violência sexual, bem como seu apoio psicológico gratuito dentro do SUS. No entanto, melhorias logísticas dentro do sistema e também de preparo humano dos profissionais de saúde para o atendimento das vítimas são fundamentais para a garantia desse direito às mulheres no país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACELINO, A. *et al.* Barreiras de acesso à profilaxia pós-exposição ao HIV: estudo de caso. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 6 jun. 2022.
- ARAÚJO, A. *et al.* Gênero e violência: o perfil das vítimas de violência sexual de Sergipe. **Anais do I Seminário Nacional de Sociologia da UFS**, 2016.
- ASSEMBLY, UN General *et al.* **Declaration on the Elimination of Violence against Women**. UN General Assembly, 1993.
- BEDONE, A. *et al.* Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 465-469, 2007.
- CHENG, L. *et al.* Interventions for emergency contraception. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2012, n. 8, 15 ago. 2012.
- CISNE, M.; OLIVEIRA, G.M.J.C. Violência contra a mulher e a lei Maria da Penha: desafios na sociedade patriarcal-racista-capitalista do Estado brasileiro. **SERV SOCIAL REV**, v. 20, n. 1, p. 77 - 96, 2018.
- CONGRESSO NACIONAL DO BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 7 nov. 2022.
- DATASUS-MINISTÉRIO DA SAÚDE. TabNet Win32 3.0: **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS** - Sinan. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/violencia/bases/violebrnet.def>>. Acesso em: 7 nov. 2022.
- DELZIOVO, C. R. *et al.* Sexual violence against women and care in the health sector in Santa Catarina – Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1687–1696, 1 maio 2018.
- DENNIS, M. L. *et al.* A new approach to assess the capability of health facilities to provide clinical care for sexual violence against women: A pilot study. **Health Policy and Planning**, v. 34, n. 2, p. 92–101, 1 mar. 2019.
- Ministério da Saúde. **DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS-MINISTÉRIO DA SAÚDE. O que é?** — Português (Brasil). Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv/o-que-e>>. Acesso em: 14 nov. 2022.
- DREZETT, Jefferson. Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 2, n. 1, p. 15-15, 2003.
- DU MONT, J. *et al.* A comparison of intimate partner and other sexual assault survivors' use of different types of specialized hospital-based violence services. **BMC Women's Health**, v. 17, n. 1, 7 ago. 2017.
- FEBRASGO. **Contraceção de Emergência**. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/705-contracepcao-de-emergencia>>. Acesso em: 14 nov. 2022.
- Formas de violência contra a mulher** - Portal CNJ. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/violencia-contra-a-mulher/formas-de-violencia-contra-a-mulher/>>. Acesso em: 7 nov. 2022.
- GABRIELA CHABALGOITY, G. T. T. L. **Entenda como é o 1o atendimento a vítimas de violência sexual - Agência de Notícias CEUB**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.uniceub.br/brasil/entenda-como-e-o-1o-atendimento-a-vitimas-de-violencia-sexual/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.
- GEMZELL-DANIELSSON, K.; RABE, T.; CHENG, L. Emergency Contraception. **Gynecological Endocrinology**, v. 29, n. SUPPL.1, p. 1–14, 2013.
- GILMORE, A. K. *et al.* Medications at the Emergency Department After Recent Rape. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 37, n. 15–16, p. NP12954–NP12972, 1 ago. 2022.

GLASIER, A. *et al.* Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. **Contraception**, v. 84, n. 4, p. 363–367, out. 2011.

GOMES, N. *et al.* Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família. **Psicologia USP**. 2014.

KEYSER, L.; MAROYI, R.; MUKWEGE, D. Violence Against Women – A Global Perspective. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 49, n. 4, p. 809–821, 1 dez. 2022a.

KEYSER, L.; MAROYI, R.; MUKWEGE, D. Violence Against Women – A Global Perspective. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 49, n. 4, p. 809–821, 1 dez. 2022b.

LI, H. W. R.; LO, S. S. T.; HO, P. C. Emergency contraception. Best practice & research. **Clinical obstetrics & gynaecology**, v. 28, n. 6, p. 835–844, 2014.

LINDA L. DAHLBERG; ETIENNE G. KRUG. **Violência: um problema global de saúde pública**. [s.l.: s.n.].

LISBOA, T; ZUCCO, L. Os 15 anos da Lei Maria da Penha. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, 30(2): e86982 DOI: 10.1590/1806-9584-2022v30n286982

LUIZA, M.; MENEZES, B. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: violência sexual Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections 2020: sexual violence Protocolo Brasileiro para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: violencia sexual. Consenso **Epidemiol. Serv. Saude**, n. 1, p. 2021, [s.d.].

MAITO, DC; PANÚNCIO-PINTO, MP; SEVERI, FC; VIEIRA, EM. Construção de diretrizes para orientar ações institucionais em casos de violência de gênero na universidade. **Interface (Botucatu)**. 2019; 23: e180653 <https://doi.org/10.1590/Interface.180653>

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial de Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE ATENÇÃO A SAÚDE. **Neste Dia Laranja, OPAS/OMS aborda violência sexual e suas consequências para as vítimas**.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Neste Dia Laranja, **OPAS/OMS aborda violência sexual e suas consequências para as vítimas** - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/25-7-2018-neste-dia-laranja-opasoms-aborda-violencia-sexual-e-suas-consequencias-para>>. Acesso em: 7 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Devastadoramente generalizada: 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência** - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/9-3-2021-devastadoramente-generalizada-1-em-cada-3-mulheres-em-todo-mundo-sofre-violencia>>. Acesso em: 7 nov. 2022.

Paraná. Secretaria **PROTOCOLO PARA O ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL** Secretaria da Saúde. [s.d.].

QUIÑONES, L. A.; SALAS-HERNÁNDEZ, A. V. Análisis y consideraciones técnicas acerca de dispositivos intrauterinos de levonorgestrel para la evaluación de productos similares y genéricos. **Revista Médica Clínica Las Condes**, v. 32, n. 4, p. 502–510, 1 jul. 2021.

RIBEIRO, J. F.; ACACIARA, W.; LEITE, A. **ASPECTOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: PERFIL DO AGRESSOR E DO ATO VIOLENTO ASPECTS OF SEXUAL VIOLENCE AGAINST WOMEN: PROFILE OF THE AGGRESSOR AND THE VIOLENT ACT ASPECTOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS MUJERES: PERFIL DEL AGRESOR Y DEL ACTO VIOLENTO**. [s.d.]. 2012

SARVER, J.; CREGAN, M.; CAIN, D. Fractured copper intrauterine device (IUD) retained in the uterine wall leading to hysterectomy: A case report. **Case Reports in Women's Health**, v. 29, p. e00287, 1 jan. 2021.

SCHNITTKER, J. What makes sexual violence different? Comparing the effects of sexual and non-sexual violence on psychological distress. **SSM - Mental Health**, v. 2, p. 100115, dez. 2022.

SHEN, J. *et al.* Interventions for emergency contraception. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2017, n. 8, 2 ago. 2017.

SINANWEB - Página inicial. Disponível em: <<https://portalsinan.saude.gov.br/>>. Acesso em: 7 nov. 2022.

SOARES, JSF; LOPES, MJM. Experiences of women in situation of violence seeking care in the health sector and in the intersectoral network. **Interface (Botucatu)**. 2018; 22(66):789-800.

SOUSA, Byanca Santana *et al.* Violência contra mulher no nordeste brasileiro: tendência temporal de 2009 a 2018. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v. 9, n. 1, p. 53-67, 2022.

TRUSSELL, J.; ELLERTSON, C.; DORFLINGER, L. Effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception by cycle day of intercourse: implications for mechanism of action. **Contraception**, v. 67, n. 3, p. 167–171, 1 mar. 2003.

UN WOMEN. **UN Women ad series reveals widespread sexism | UN Women – Headquarters**. Disponível em: <<https://www.unwomen.org/en/news/stories/2013/10/women-should-ads>>. Acesso em: 7 nov. 2022.

VAL, Alexandre *et al.* “Nunca Me Falaram sobre Isso!”: o Ensino das Sexualidades na Perspectiva de Estudantes de uma Escola Federal de Medicina. **Revista brasileira de educação médica**. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190140>

VASCONCELOS, M.S. *et al.* Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 1, p. 1 - 10, 2016.

Violência contra as mulheres - **OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>>. Acesso em: 7 nov. 2022.

WANG, Y. *et al.* Prevalence of intimate partner violence against infertile women in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Global Health**, v. 10, n. 6, p. e820–e830, 1 jun. 2022.

YEN, S.; SAAH, T.; ADAMS HILLARD, P. J. IUDs and Adolescents—An Under-Utilized Opportunity for **Pregnancy Prevention**. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v. 23, n. 3, p. 123–128, 1 jun. 2010.

WEBER, Lauren Rodrigues. **A ação penal pública incondicionada para os crimes contra a dignidade sexual e o suposto conflito com o direito à privacidade da vítima**. **Unisc.br**, 2023. Disponível em: <<https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/3652>>. Acesso em: 25 set. 2023.