

Lara Drummond Paiva

PROTOCOLO DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA SEXUAL: EVOLUÇÃO E POSSÍVEIS MELHORIAS

Belo Horizonte

2017

Lara Drummond Paiva

PROTOCOLO DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA SEXUAL: EVOLUÇÃO E POSSÍVEIS MELHORIAS

Monografia apresentada ao Curso de Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Administração Pública.

Orientador: Eduardo Batitucci

Belo Horizonte

2017

P149p Paiva, Lara Drummond.
Protocolo de humanização do atendimento às vítimas de violência sexual [manuscrito] : evolução e possíveis melhorias / Lara Drummond Paiva. – 2017.
[92], 90 f. : il.

Monografia de conclusão de curso (Graduação em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2017.

Orientador: Eduardo Cerqueira Batitucci
Bibliografia: f. 80-87

1. Violência sexual – Brasil. 2. Crime sexual - Brasil. 3. Protocolo de Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual. I. Batitucci, Eduardo Cerqueira. II. Título.

CDU 343.541(81)

Lara Drummond Paiva

Protocolo de Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: evolução e possíveis melhorias

Monografia apresentada ao Curso de Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Administração Pública

Aprovada na Banca Examinadora

Doutor Eduardo Cerqueira Batitucci, orientador, Fundação João Pinheiro

Doutora Maria José Nogueira, avaliadora, Fundação João Pinheiro

Mestra Nícia Raies Moreira de Souza, avaliadora, Fundação João Pinheiro

Belo Horizonte, 21 de junho de 2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, Celso e Adriana, e à minha irmã Bia, que estiveram sempre presentes me apoiando e me dando forças durante mais essa etapa da minha vida.

Agradeço à minha avó Euza, que foi de extrema importância para todo o meu sucesso durante toda a minha vida escolar.

Agradeço ao Fillipe Marques que me apresentou ao tema e esteve sempre a postos em qualquer dificuldade que tivesse em relação ao trabalho.

Agradeço ao meu orientador Eduardo Batitucci por ter me guiado no decorrer deste trabalho, me dando todo o suporte necessário, além me tranquilizar inúmeras vezes.

Agradeço a todos os entrevistados e a todas as pessoas da Polícia Civil que, de alguma forma, cederam seu tempo para colaborar neste trabalho.

Agradeço também aos meus amigos e familiares pelo constante apoio e compreensão durante este momento da minha vida.

Agradeço à Deus por me confortar e me dar tranquilidade para seguir sempre em frente.

Por fim, um muito obrigado a todos que me apoiaram de alguma forma para que concluísse mais essa etapa da minha vida!

Dedico este trabalho a todas as pessoas que já sofreram algum tipo de violência sexual ou doméstica ao longo da vida e também àquelas que, de alguma forma, lutam por essa causa.

“O mais importante não é aquilo que fazem conosco, mas o que fazemos com aquilo que fazem conosco.”

(Jean-Paul Sartre)

RESUMO

O presente trabalho tem o objetivo de mostrar e analisar a evolução da institucionalização e do desenho do Protocolo de Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual desde sua idealização até os dias atuais. Dentre os objetivos específicos, o trabalho resgata o histórico da violência sexual no Brasil e no mundo, além de apresentar como é realizado o atendimento às vítimas de violência sexual e o histórico sobre as políticas de atenção a essas vítimas no Brasil. O Protocolo de Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual visa descentralizar a coleta e preservação de vestígios e evidências, quando do exame médico da vítima nos hospitais públicos credenciados, evitando o seu comparecimento para novo exame nos Postos do IML e permitindo a confecção do laudo médico-legal de forma indireta. Dessa forma, o protocolo pretende tornar o atendimento mais humanizado, de modo a reduzir a exposição da pessoa que sofreu a violência, evitando que as vítimas sejam submetidas a vários procedimentos, bem como oferecer elementos à responsabilização dos autores da violência. Foram utilizadas três técnicas de pesquisa, de forma a se complementarem, sendo elas a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental e o levantamento de dados por meio de entrevistas. Por meio das entrevistas e da pesquisa documental concluiu-se que o Protocolo é uma iniciativa fantástica e um avanço considerável no que diz respeito ao atendimento humanizado às vítimas em geral. Todavia, por se tratar de inúmeros atores, limitação de recursos e de um estado com muitos municípios como Minas Gerais, um longo caminho terá de ser percorrido para que o Protocolo chegue próximo do ideal.

Palavras-chave: protocolo, violência sexual, atendimento humanizado, intersetorial.

ABSTRACT

The present work has the objective to show and analyze the evolution of the institutionalization and the design of the Humanization Protocol of the Assistance to the Victims of Sexual Violence from its idealization to the present day. Among the specific objectives, the work recalls the history of sexual violence in Brazil and in the world, as well as the care for victims of sexual violence and about the politics of attention for these victims in Brazil. The Humanization Protocol of Assistance to Victims of Sexual Violence aims to decentralize the collection and preservation of vestiges and evidences, when the medical examination of the victim in the public hospitals accredited, avoiding their attendance for a new examination at IML and allowing the forensic report indirectly. Thus, the Protocol is intended to make the service more humanized in order to reduce the exposure of the person who suffered violence, avoiding the victims to be subjected to various procedures, as well as offer elements to the accountability of the perpetrators of violence. Three research techniques were used, in order to complement each other, such as bibliographic research, documentary research and data collection through interviews. Through the interviews and documental research, it was concluded that the Protocol is a fantastic initiative and a considerable progress as regards in humanized care for victims in general. However, because of numerous actors, limited resources and a state with many municipalities as Minas Gerais, a long way will have to be taken to bring the Protocol closer to the ideal.

Keywords: protocol, sexual violence, humanized care, intersectoral.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 METODOLOGIA DE PESQUISA	14
3 O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA SEXUAL	17
4 ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL	23
4.1 Sistema de Segurança Pública	23
4.2 Sistema de Saúde	29
4.3 Humanização no atendimento às vítimas de violência sexual	33
5 PROTOCOLO DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	42
5.1 Evolução	42
5.2 Comitê Estadual de Gestão do Atendimento Humanizado às Vítimas de Violência Sexual – CEAHVIS	58
5.3 Situação Atual	61
5.3.1 Fluxos de atendimento às vítimas de violência sexual	63
5.4 Percepções dos atores envolvidos no atendimento à vítima de violência sexual	70
6 CONCLUSÃO	76
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICES	88
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista (Delegadas)	88
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista (Polícia Militar de Minas Gerais)	89
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista (Médicos Legistas IML-BH)	90
ANEXOS	91
ANEXO A – Ficha de Notificação Compulsória Individual – SINAN (versão 2015)	91

1 INTRODUÇÃO

A violência sexual é um problema global e generalizado, se tornando um fato cultural e banalizado pela sociedade, o que reflete as desigualdades de gênero enraizadas no sistema de dominação em que somos criados. Esse tipo de violência atinge, na maioria das vezes, mulheres, crianças e adolescentes do sexo feminino no Brasil e em todo o mundo (BRASIL, 2015; BARRETO. *et al*, 2016; CAMPOS *et al*, 2005). Como violência sexual, a Organização Mundial da Saúde (2002) entende como todo ato sexual ou tentativa sem o consentimento, utilizando de coerção ou intimidação, como força física, grave ameaça, uso de armas e pressão psicológica.

Os casos de violência sexual são alarmantes, tanto no Brasil como no mundo. No Brasil, de acordo com pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2001, 43% das mulheres entrevistadas relataram já ter sofrido alguma forma de violência sexual ou doméstica, sendo que 13% afirmaram que sofreram estupro conjugal ou abuso e 11% relatam já ter sofrido assédio sexual (PARTIDO DOS TRABALHADORES, 2002a *apud* SOUZA; ADESSE, 2005). Os autores dos atos de violência sexual podem ser conhecidos, desconhecidos ou até mesmo familiares, sendo os últimos a maior parte dos casos quando se tratam de crianças e adolescentes. (VILLELA; LAGO, 2007). Assim sendo, casos de violência sexual afetam todas as relações sociais de modo significativo, envolvendo tanto a vítima, quanto sua família e a sociedade como um todo. (CHARAM, 1997; REIS; MARTIN; BUENO, 2001).

Os casos de violência sexual, devido à própria situação, que humilham e intimidam as vítimas, usualmente vêm acompanhado de sentimentos de culpa, vergonha e medo, demandando tempo, cuidado e respeito no atendimento e oitiva das mesmas (BRASIL, 2015). Além disso, a situação psicológica da vítima, além do medo de vingança, a falta de informações sobre seus direitos legais e o descrédito no sistema jurídico criminal levam a omissão de denúncia (HAMPTOM, 1995; REIS; MARTIN; BUENO, 2001).

Pautas sobre a violência contra a mulher começaram a ser discutidas a partir da década de 1970, porém, foi na década seguinte que o Brasil e o mundo começaram a implantar políticas e serviços para o atendimento à mulher vítima de violência (UNIÃO DAS MULHERES DE SÃO PAULO, 2001). Em 1998 foi lançado, pelo Ministério da Saúde a

Norma Técnica para Prevenção e Tratamento de Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, o que foi um marco na regulamentação do atendimento adequado a tais vítimas (BARRETO *et al*, 2016; BRASIL,1998).

Diante da necessidade de garantir um atendimento e atenção mais humanizada e qualificada às vítimas de violência sexual, para não agravar o sofrimento das mesmas, uma série de políticas foram sendo idealizadas para criar a estruturação de uma rede de assistência articulando serviços de saúde e de segurança pública, como a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), a Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres (2005), o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (2007), Política Nacional de Humanização (2005), dentre outras (BRASIL, 2015).

Frente a este cenário foi idealizado o Protocolo de Humanização no Atendimento às Vítimas de Violência Sexual em Minas Gerais (PHAVVS) que visa descentralizar a coleta e preservação de vestígios e evidências, quando do exame médico da vítima nos hospitais públicos credenciados, evitando o seu comparecimento para novo exame nos Postos do IML e permitindo a confecção do laudo médico-legal de forma indireta (QUADROA, 2016).

Dessa forma, o Protocolo visa tornar o atendimento mais humanizado, de modo a reduzir a exposição da pessoa que sofreu a violência, evitando que as vítimas sejam submetidas a vários procedimentos, bem como oferecer elementos à responsabilização dos autores da violência. Além disso, quando o exame é realizado nas primeiras horas após a violência, o registro de informações e a coleta de vestígios precoce contribui para o combate à impunidade do agressor (QUADROS, 2016).

O PHAVVS foi idealizado em 2007 por médicos legistas do Instituto Médico Legal (IML) e conta com parcerias de diversos setores da Polícia Civil, como a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), Delegacia Especializada de Proteção à Criança e ao Adolescente (DEPCA), Academia de Polícia Civil (ACADEPOL), o próprio IML, a Promotoria da Infância e Juventude, além de algumas Secretarias de Estado, como a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e a Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania (SEDPAC).

Mesmo passado anos da idealização e com tantos atores envolvidos, o PHAVVS ainda não foi institucionalizado legalmente. Dessa forma não existe material que contemple todos os seus aspectos, sendo que os arquivos se encontram dispersos com servidores dos órgãos envolvidos com o mesmo, privando a sociedade em geral e demais órgãos do Estado do conhecimento do Protocolo. Sendo assim, este trabalho se justifica uma vez que irá sistematizar todo o conteúdo relacionado ao PHAVVS, mostrando o porquê de ter sido idealizado, sua evolução, funcionamento e indicar críticas construtivas para sua melhora, podendo promover subsídios para sua institucionalização, aperfeiçoamento, expansão e promover um maior conhecimento do mesmo pela população. Além disso, caso esse trabalho estimule alguma melhora no PHAVVS, pode proporcionar benefícios importantíssimos à sociedade.

Diante do que foi exposto até o presente momento mostrando a importância de tal Protocolo para a sociedade e de sua sistematização para um melhor aproveitamento do mesmo, este trabalho tem a intenção de responder à seguinte questão: “Qual foi a evolução da institucionalização e do desenho do Protocolo de Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual desde sua idealização até os dias atuais?”.

Assim sendo, o objetivo geral desse trabalho é descrever e analisar a evolução da institucionalização e do desenho do Protocolo de Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual desde sua idealização até os dias atuais. Já os objetivos específicos se desdobram em:

- a) apresentar algumas faces da violência sexual no Brasil e no mundo;
- b) apresentar como é realizado o atendimento às vítimas de violência sexual em algumas portas de entrada no Brasil;
- c) descrever o processo de construção de políticas de atenção às vítimas de violência sexual no Brasil;
- d) descrever a evolução do Protocolo de Humanização no Atendimento às Vítimas de Violência Sexual e seu funcionamento em Minas Gerais;
- e) mostrar a importância do Protocolo de Humanização no Atendimento às Vítimas de Violência Sexual em Minas Gerais para a sociedade;
- f) analisar a sua implementação e os problemas relacionados a ela.

Esta monografia encontra-se dividida em seis capítulos, sendo o primeiro esta Introdução. O tratamento metodológico é apresentado no segundo capítulo. No capítulo três são apresentados todos os aspectos relacionados à violência sexual no Brasil e no mundo, como definições, histórico, particularidades do Brasil, dados e características. O quarto capítulo mostra como é feito o atendimento às vítimas de violência sexual no Brasil além de mostrar toda a legislação e política direcionadas ao tema ao longo dos anos. No quinto capítulo apresenta-se o Protocolo de Humanização no Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, com sua evolução, situação atual e percepções dos atores envolvidos sobre o mesmo. Na conclusão e último capítulo é feita uma análise do Protocolo, levando em consideração as opiniões dos envolvidos e as impressões do mesmo ao longo deste trabalho.

2 METODOLOGIA DE PESQUISA

Com o objetivo geral de analisar a evolução e a institucionalização do Protocolo de Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, optou-se pela pesquisa de natureza qualitativa e de caráter aplicado na realização deste trabalho. A metodologia qualitativa geralmente é associada à pesquisa exploratória interpretativa e se caracteriza pela imersão do pesquisador no contexto e pela perspectiva interpretativa de condução da pesquisa, além de lidar com informações mais subjetivas, amplas e com maior riqueza de detalhes que os métodos quantitativos (DIAS, 2000).

Uma pesquisa pode ser considerada aplicada em função de seu caráter prático e pela utilização de seus resultados na solução de problemas da realidade (MARCONI; LAKATOS, 2012). Este trabalho se classifica como tal por buscar apresentar subsídios que podem futuramente melhorar o desenho do Protocolo de Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual e de sua institucionalização.

A coleta de dados para esta monografia foi feita por meio de três técnicas de pesquisa, de forma a se complementarem, sendo elas a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental e o levantamento de dados por meio de entrevistas.

Primeiramente foi realizada uma pesquisa bibliográfica visando conferir ao trabalho bases teóricas necessárias para a sua fundamentação, além de resgatar um histórico das iniciativas presentes no Brasil sobre o tema. Este tipo de técnica se dá por meio do estudo das contribuições científicas a respeito de determinado assunto ou fenômeno. Dessa forma, o estudo foi realizado por meio de leitura de livros, artigos publicados em revistas eletrônicas, dissertações e de publicações da imprensa escrita em meio digital (OLIVEIRA, 2002).

Já a pesquisa documental consiste na identificação e apreciação de documentos com uma finalidade específica, de forma a obter um retrato objetivo da fonte original e uma contextualização das informações contidas nos documentos (SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2011). Sendo assim, foram analisadas leis, decretos, portarias e recomendações de âmbito federal e estadual, além de documentos de arquivos públicos, documentos internos da Polícia

Civil de Minas Gerais, vídeos internos de capacitações sobre o tema, arquivos particulares do IML e relatórios de órgãos mundiais, federais e estaduais sobre o assunto.

Entrevistas foram realizadas como fonte complementar para a coleta de dados, para auxiliar no diagnóstico e obter opiniões de atores envolvidos no assunto sobre o objeto, e foram conduzidas de forma semiestruturada. Uma entrevista com roteiro semiestruturado, segundo Oliveira (2002), deve possuir um roteiro com as perguntas principais a respeito do assunto, mas, ao longo da entrevista, outras questões que forem pertinentes ao momento podem ser abordadas. Este modelo de entrevista foi escolhido a fim de possibilitar uma maior exploração da questão, dando oportunidade para conseguir dados que não constam nas fontes documentais e que sejam relevantes e significativos, além de obter informações mais precisas.

A formulação do roteiro de entrevista foi realizada buscando obter informações mais específicas sobre a implementação do Protocolo de Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, sobre o atendimento das vítimas de violência sexual no Instituto Médico Legal (IML), na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) e na Delegacia Especializada de Proteção à Criança e ao Adolescente (DEPCA), todos localizados em Belo Horizonte, além de entender a percepção dos atores envolvidos sobre o atendimento a essas vítimas e especificamente sobre o Protocolo. Os roteiros de entrevista utilizados encontram-se no apêndice.

Com o objetivo de analisar a experiência do Protocolo sobre perspectivas diferentes, buscou-se entrevistar neste trabalho profissionais do IML/BH estreitamente ligados com o surgimento, a implementação e o funcionamento do Protocolo ao longo dos anos, além de delegadas que lidam com as vítimas diretamente e atores envolvidos no Comitê Estadual de Gestão do Atendimento Humanizado às Vítimas de Violência Sexual – CEAHVIS, e que têm importante relevância no processo de atendimento a tais vítimas.

Foram realizadas sete entrevistas, sendo três delegadas, três médicos legistas e um capitão da Polícia Militar. Foram entrevistadas a delegada titular anterior e a delegada atual da Delegacia Especializada de Combate à Violência Sexual (DECVS), a delegada titular da Delegacia Especializada de Proteção à Criança e ao Adolescente (DEPCA), o Coordenador do setor de Sexologia Forense do IML/BH na época da entrevista, o Chefe da Seção de Perícias

no Vivo do IML/BH, e o antigo Coordenador do Projeto do Protocolo de Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, além do Assessor de Direitos Humanos da Polícia Militar de Minas Gerais.

Todas as entrevistas foram realizadas em Belo Horizonte, gravadas e transcritas para posterior análise de conteúdo. Tal análise contemplou seis pontos: o atendimento realizado pelos policiais que lidam com as vítimas de violência sexual; a estrutura das delegacias que atendem essas vítimas, do Instituto Médico Legal em Belo Horizonte e dos Postos Médicos Legais no interior do estado; questões institucionais do Protocolo; a opinião dos atores sobre o mesmo; a opinião dos atores sobre a coleta de vestígios realizada nos Hospitais de Referência; e, por fim, as melhorias e críticas ao Protocolo.

Outros atores também foram contatados para a realização de entrevista, porém não houve retorno a tempo de incluir a percepção dos mesmos neste trabalho, como a Deputada Estadual Marília Campos, uma profissional da Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher da Secretaria de Estado de Saúde (SES) e a Promotora de Justiça da Infância e Juventude Dra. Maria de Lurdes Santa Gema.

3 O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência contra a mulher é um fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões, raças e orientações sexuais, e que consiste em uma das principais formas de violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos, atingindo o direito à vida, à saúde, à integridade física e à liberdade sexual dessas mulheres. As desigualdades sociais, econômicas e políticas estruturais entre homens e mulheres, as noções de virilidade ligadas ao domínio e à honra masculina, e a distinção rígida de papéis são fatores decisivos da violência contra a mulher (BRASIL, 2005; 2015).

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde, em seu Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde, violência é

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (OMS, 2002, p.5)

Violência contra as mulheres é definida pela Declaração das Nações Unidas como todos os atos de violência direcionados contra o sexo feminino, que causem ou que possam causar danos e/ou sofrimentos físicos, sexuais ou psicológicos às mulheres, assim como a ameaça de tais atos, o uso da força ou a privação arbitrária de liberdade, seja em relação à vida pública ou privada. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção do Belém do Pará, que foi adotada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) em 1994 e reconhecida pelo Brasil em 1995, segue essa mesma linha e define tal violência como “[...] qualquer ato ou conduta baseado no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como privada” (ALMEIDA; BANDEIRA, 2004, p.154).

Uma das faces da violência é a sexual, que vai além do gênero, porém, ela é mais comum em mulheres, crianças e adolescentes do sexo feminino. Ballone e Ortoline compreendem a violência sexual como uma violência de gênero que se “[...] caracteriza por um abuso de poder no qual a vítima (criança, adolescente e mulher) é usada para gratificação sexual do agressor sem seu consentimento, sendo introduzida ou forçada a práticas sexuais com ou

sem violência física” (BALLONE; ORTOLINE, 2003 *apud* SOUZA; ADESSE, 2005, p. 20). A Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos define violência sexual como “[...] ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou a participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite a vontade pessoal” (FONTANA; SANTOS, 2001, p. 26).

A Organização Mundial da Saúde, em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde conceitua violência sexual como

[...] qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles. (OMS, 2002, p. 147)

Neste mesmo relatório a Organização Mundial da Saúde ainda explicita como a coação da violência sexual pode ser realizada pelo agressor. Além da força física, a coação pode incluir qualquer tipo de intimidação psicológica, chantagem ou outros tipos de ameaça, como a demissão de um emprego. Pode ocorrer coação também quando a vítima não é capaz de dar seu consentimento, seja por estar dormindo, sob efeitos de drogas ou bebidas alcoólicas, ou é mentalmente incapaz de entender a situação (OMS, 2002)

Dentre as formas de violência sexual, a Organização Mundial da Saúde cita diversos atos sexualmente violentos que podem acontecer em variadas circunstâncias e lugares, tais como: estupro dentro do casamento ou namoro; estupro cometido por estranhos; estupro sistemático durante conflito armado; investidas sexuais indesejadas ou assédio sexual, inclusive a exigência de sexo como pagamento de favores; abuso sexual de pessoas física ou mentalmente incapazes; abuso sexual de crianças e adolescentes; casamento ou coabitação forçados; negação ao direito de usar contraceptivos e medidas de proteção contra doenças sexualmente transmissíveis; aborto forçado; atos violentos contra a integridade sexual das mulheres; incluindo a mutilação genital feminina e exames obrigatórios de virgindade; e a prostituição forçada e o tráfico de pessoas com fins de exploração sexual (OMS, 2002).

Diante de todas essas formas de violência sexual as definições de estupro e tráfico para exploração sexual são de extrema importância. O estupro é definido como a penetração forçada da vulva ou do ânus, utilizando o pênis, outras partes do corpo ou um objeto; a tentativa de fazê-lo é conhecida como estupro tentado. Não há uma definição mundialmente aceita de tráfico para exploração sexual, porém, o termo abrange o movimento organizado de pessoas entre ou dentro de países para trabalho sexual utilizando-se da coação física, da fraude e da escravidão resultantes de dívidas forçadas. Vale ainda ressaltar que todas as formas de violência sexual podem incluir diversas formas de agressão, envolvendo um órgão sexual, inclusive o contato forçado entre boca e o pênis, a vulva ou o ânus (OMS, 2002).

O fenômeno da violência sexual no Brasil ocorre desde o “descobrimento” das terras brasileiras pelos portugueses, homens que, além de tomarem a terra dos indígenas, apossavam de suas mulheres à força. Inicialmente, os colonizadores portugueses mantiveram relações sexuais forçadas com mulheres indígenas e posteriormente com escravas africanas, que eram vistas como trabalhadoras e objetos sexuais dos mesmos. Quando as mulheres brancas chegaram no Brasil durante a era Colonial eram estereotipadas como frágeis, passivas e submissas, treinadas para administrar a casa, criar os filhos, submeter-se às vontades sexuais do marido e ainda tolerar as relações extraconjugais do mesmo com escravas (DESOUZA, BLADWIN; ROSA, 2000).

Segundo Silva (1992), tanto a violência física como sexual contra a mulher se assenta na materialização exacerbada da relação violenta entre homens e mulheres, que se fundamenta no controle mútuo; no ciúme, que apoia a ideia de posse, inclusive do corpo da mulher; e na autoridade, que garante a supremacia masculina. Isso é um retrato da construção social das relações entre os sexos, em que o papel feminino é de ser cuidadora do lar e sua sexualidade construída para ser subordinada às necessidades do marido, enquanto o homem visto como o provedor, que sustenta a família e é o representante legal na sociedade (DEZOUZA; BLADWIN; ROSA, 2000). Nessa perspectiva, por parte dos homens são exigidos comportamentos como a agressividade, destemor e força, enquanto às mulheres é exigido suavidade, abnegação e obediência (SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2010).

De acordo com Almeida e Bandeira (2004), todas as manifestações e expressões de violência contra a mulher, seja ela sexual, psicológica, física, moral, simbólica ou patrimonial, ocorrem de forma independente ou associada. Almeida e Bandeira afirmam que essas formas de violência:

Constituem maneiras de reafirmar o poder de dominação masculina e, por conseqüências, a condição de inferioridade e submissão da mulher, mediante seu controle ou seu domínio, seja do corpo, seja da sexualidade, seja das vontades ou da mente, sempre em situações de medo, intimidação, desvalorização e agressão. São situações que reforçam as condições assimétricas das relações intersubjetivas entre os gêneros, indicando novamente relações não horizontais. (ALMEIDA; BANDEIRA, 2004, p.155)

Parker (1993), evidencia a partir de análises de termos linguísticos empregados no dia-a-dia que a sexualidade feminina está sujeita ao desejo masculino. Isso é refletido no vocabulário como os brasileiros descrevem as relações sexuais, no qual o papel da figura masculina é o de “comer” enquanto o do indivíduo feminino é o de “dar”, o que indica que as mulheres são socializadas para serem passivas, parceiras sexuais receptivas, ao passo que os homens são socializados para perseguir, penetrar e dominar (BLADWIN; ROSA, 2000; PARKER, 1993 *apud* DESOUZA).

Vários estudos analisados na década de 1990 examinaram normas culturais dos padrões sexuais do Brasil em comparação com outros países. Estes sugerem que é provável que o assédio sexual no Brasil seja percebido de forma diferente do que em países mais desenvolvidos, uma vez que o primeiro é mais sexualizado que os demais. Tais estudos apontam que os brasileiros tendem a perceber o assédio sexual mais como uma forma de comportamento de sedução, enquanto que americanos, australianos e alemães consideram como um abuso de poder, comportamento sexual prejudicial ou uma discriminação baseada no gênero. Em um desses estudos, que comparou universitários do Brasil e dos Estados Unidos mostrou que, de acordo com os padrões culturais brasileiros, quando uma mulher não mostra uma resistência firme no caso de avanços sexuais de um homem, supõe-se que a mesma está concordando com a relação sexual (DESOUZA; BLADWIN; ROSA, 2000).

Além desse padrão cultural brasileiro sexualizado, há uma ambiguidade na identificação da violência sexual por parte das mulheres, no que se refere ao ambiente doméstico e com pessoas conhecidas. Pesquisas apresentadas por Berguer (2003), mostram

como são imprecisos para as brasileiras os limites entre o contato sexual desejado e o consentido e cedido em contextos complexos, em que o desejo da mulher não é expresso livremente (ADESSE, 2005; BERGUER, 2003 *apud* SOUZA).

Sendo assim, muitas das vítimas tendem a omitir a violência, não denunciando ou mesmo não procurando ajuda médica, o que representa quase 80% dos casos. Tal omissão acontece seja por medo de retaliação, julgamento e preconceito pela sociedade, vergonha, sentimentos de humilhação, culpa, ou mesmo pelo descrédito de grande parte da população em relação ao nosso sistema judicial, uma vez que a não punição do agressor é quase certa (BEDONE; FAÚNDES, 2007; VILLELA; LAGO, 2007;).

Dessa forma, não é possível mensurar a real ocorrência da violência sexual. Porém, algumas pesquisas e estudos tentam chegar a um número, mesmo que não seja preciso, de tal violência no Brasil e no mundo. Estima-se que, por ano, 12 milhões de pessoas sofram diferentes situações de violência sexual (DREZETT; PEDROSO, 2012). Faúndes *et al* (2006) revisaram diversos estudos em vários países desenvolvidos e não desenvolvidos e chegaram a um número em que 10 a 30% das mulheres são vítimas de violência sexual pelo menos uma vez na vida. A Organização Mundial da Saúde estima que uma entre quatro mulheres vivencie algum tipo de violência sexual praticada por algum parceiro íntimo, e que quase um terço das adolescentes teve sua primeira experiência sexual forçada (OMS, 2002).

No que tange ao Brasil, segundo dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) do Ministério da Saúde, no período de 2009 a 2015 foram notificados 720.399 casos de violência sexual em todo o território brasileiro, sendo 481.307 dos casos com vítimas mulheres. Outro dado relevante sobre os números de tal violência no Brasil é do 10º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, em que 2015 foram registrados 45.460 estupros no país, número 10% menor que em 2014, mas que ainda é alarmante, uma vez que representa 125 vítimas por dia e um dado de 22,5 casos a cada 100 mil habitantes (BARRETO *et al*, 2016 BRASIL, 2016)

Em relação a Minas Gerais, o Fórum Brasileiro de Segurança Pública traz o número de 4.348 casos registrados de violência sexual em 2015. No que diz respeito à violência sexual contra crianças e adolescentes, dados da Polícia Civil de Minas Gerais apontam que,

entre janeiro de 2015 e setembro de 2016, foram registrados 6.388 boletins de ocorrência, com 7.230 vítimas, sendo 82% meninas e 42% crianças de até 12 anos (OLIVEIRA, 2016; QUADROS, 2016).

Quanto às características das vítimas de violência sexual, adolescentes e mulheres mais jovens têm maior risco de sofrer esse tipo de violência, ainda que qualquer mulher possa ser vítima a qualquer momento da vida (FAÚNDES *et al*, 2006). Em relação à natureza do agressor, Saffioti e Almeida (1995, p. 4) apontam que “[...] embora na socialização feminina esteja sempre presente a suspeita contra desconhecidos, os agressores são geralmente parentes ou pessoas conhecidas, que se aproveitam da confiança desfrutada junto às suas vítimas”. Em estudo realizado por Drezett *et al* em 2001, em que foram coletados dados de 617 crianças e adolescentes do sexo feminino, sexualmente abusadas, matriculadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil, entre julho de 1994 e agosto de 1999, os autores indicam que o agressor foi apontado como desconhecido por 73,3% das adolescentes e como membro do núcleo familiar ou aparentados por 60% das crianças. Enquanto entre as crianças o agressor mais comum é um parente biológico, entre as adolescentes, dentre os agressores conhecidos, os moradores da vizinhança atingiram as maiores frequências, seguido do pai biológico, padrasto e do tio (DREZETT *et al*, 2001).

Mesmo diante de todos esses dados e da importância de perceber a violência sexual como problema multidisciplinar, em que é necessária a estruturação de uma rede de assistência articulando diversos setores da sociedade e entidades públicas, como os serviços de segurança pública e de saúde, somente recentemente esse fenômeno têm recebido mais atenção. Pautas sobre a violência contra a mulher começaram a ser discutidas a partir da década de 1970, porém, foi na década seguinte que políticas e serviços para o atendimento às mulheres vítimas de violência começaram a ser implementados em nível mundial e nacional. Uma grande parte dessas iniciativas focalizou a violência doméstica contra as mulheres, fenômeno que ganhou força devido à brutalidade dos inúmeros casos de violência conjugal e da impunidade dos agressores, e que foi reivindicado pelo movimento feminista que começava a se fortalecer. Tais políticas inicialmente se referiam somente a questões de polícia e legislação, deixando de lado o setor da saúde, que foi incorporado somente há pouco tempo nas discussões (SOUZA; ADESSE, 2005; VILLELA; LAGO, 2007).

4 ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL

4.1 Sistema de Segurança Pública

Como foi dito anteriormente, a partir da década de 1980 políticas públicas, principalmente no âmbito policial e legislativo, foram criadas focadas no enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil. Uma dessas iniciativas foram as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAMs), tendo a primeira sede instalada na cidade de São Paulo, em 6 de agosto de 1985, atendendo mulheres em situação de violência conjugal e crimes sexuais, especialmente no âmbito doméstico. A criação das DEAMs foi um fato inovador e único no contexto da América Latina, representando o resultado de luta política intensa do movimento feminista e social das mulheres. Significou, segundo Almeida e Bandeira, “[...] uma ‘revolução simbólica’, que politizou e tornou pública a questão tida tradicionalmente como de âmbito privado e particular das relações entre homens e mulheres” (ALMEIDA; BANDEIRA, 2004, p.38).

Essa demanda pela criação das DEAMs baseia-se, principalmente, nas frequentes queixas das mulheres em situação de violência sobre o atendimento discriminatório e deficiente realizados pelos policiais nas delegacias comuns, expondo as vítimas ao preconceito e ao desrespeito, o que culminava em outro tipo de violência: a institucional. Assim, para a constituição de uma delegacia especializada em crimes contra a mulher, com um atendimento orientado pelos princípios do respeito e aliados à ética e ao profissionalismo, foi necessário conscientização e treinamentos lidando com conhecimentos básicos sobre aspectos psicológicos, sociais e culturais que constituem o fenômeno da violência contra as mulheres (MESQUITA; VASCONCELOS; GUEDES, 2004).

Em Belo Horizonte a delegacia especializada em crimes contra a mulher surgiu com o nome de Delegacia Especial de Crimes Contra a Mulher de Minas Gerais (DECCM) em novembro de 1985, mas foi oficializada somente em 1987 quando o Decreto 26.569/87 foi publicado alterando o nome da Delegacia de Costumes para Delegacia Especial de Crimes Contra a Mulher. Um aspecto interessante foi o fato da delegacia ter passado a funcionar inicialmente na estrutura da antiga Delegacia de Costumes, unidade policial responsável pela proteção da moral e dos bons costumes, valores que “[...] contribuem para a opressão das

mulheres e para as práticas, reprodução e invisibilidade da violência contra as mulheres” (PASINATO, 2012, p. 30).

Em março de 1987 o governador de Minas Gerais publicou a Resolução nº 55.591 alterando a competência da delegacia para o atendimento de crimes relacionados à violência doméstica, mesmo mês em que a mesma foi transferida para uma nova sede e passou por uma série de reformulações no atendimento ofertado às mulheres. Além da ampliação da equipe, houve uma ampliação dos serviços oferecidos, como o convênio com a Defensoria Pública para dar orientação jurídica e com uma faculdade particular para oferecer um atendimento psicológico às mulheres, além de parcerias com grupos de atendimento para dependentes de bebidas alcoólicas e com o governo do estado que providenciou uma assistente social (PASINATO, 2012).

Em 1997 a Delegacia Especial de Crimes Contra a Mulher (DECCM) foi subordinada à Divisão de Polícia Especializada da Mulher, do Idoso e da Criança e do Adolescente, uma Delegacia Especial de Crimes Sexuais foi criada e novas parcerias foram firmadas para o atendimento às mulheres. Durante as décadas de 1990 e 2000 também foram criadas outras delegacias especializadas no atendimento às mulheres, totalizando 51 unidades em funcionamento em Minas Gerais no ano de 2010 (PASINATO, 2012).

A partir de 2007 a Polícia Civil passou por uma reforma administrativa que incluiu a criação de áreas integradas de segurança pública (AISP), com quatro departamentos, sendo que a nova Divisão de Polícia Especializada da Mulher, do Idoso e Deficiente, onde a DECCM estava, ficou subordinada ao Departamento de Investigação, Proteção e Orientação à Família. A esse Departamento também ficou subordinada a Divisão de Proteção à Criança e Adolescente (PASINATO, 2012).

A Delegacia Especial de Crimes Sexuais criada em 1997 já foi extinta e instituída diversas vezes ao longo dos anos. Atualmente ela existe como Delegacia Especializada de Combate à Violência Sexual (DECVS), mas a sua existência ainda não foi institucionalizada legalmente. Essa delegacia trata da investigação dos crimes contra a dignidade sexual e também das contravenções penais que tratam da violência sexual, independentemente de haver violência

de gênero. As outras delegacias no âmbito da DEAM, como a Centro Leste, por exemplo, respondem pela violência sexual também, mas somente no contexto da Lei Maria da Penha¹.

A Delegacia Especializada de Proteção à Criança e ao Adolescente (DEPCA) subordinada ao Departamento de Investigação, Orientação e Proteção à Família responde por diversos crimes sexuais contra crianças e adolescentes, como estupro, estupro de vulneráveis, assédio sexual, corrupção de menores, satisfação da lasciva mediante presença de criança ou adolescente, entre outros crimes do Código Penal, além dos crimes previstos nos artigos 228 a 244-B, exceto o art. 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente. Segundo a delegada Isabella Oliveira (2017), os crimes de violência sexual representam mais de 50% dos inquéritos em andamento na DEPCA de Belo Horizonte, o que representa um número alto visto todos os crimes que a delegacia investiga.

Outra iniciativa bastante importante no que tange à violência contra as mulheres em Minas Gerais foi a Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, criada em 2006. Com articulação intersetorial e interinstitucional, a Rede é composta por organismos governamentais e não governamentais (ONGs) e abrange Belo Horizonte, Região Metropolitana e alguns outros municípios do estado. Dentre seus principais objetivos estão: disponibilizar um atendimento eficiente e de qualidade para as mulheres, capacitar os vários atores que participam desses serviços incorporando a perspectiva de gênero e direitos humanos no atendimento; elaborar e implantar protocolos que facilitem os encaminhamentos dentro da rede; acompanhar e avaliar a rede de atendimento, gerando dados sobre os atendimentos feitos, combater as diversas formas de violência doméstica e familiar e assegurar a aplicação integral da Lei Maria da Penha (PASINATO, 2012).

Dentre os setores que integram a Rede estão centros de assistência psicossocial, a Segurança Pública – Polícia Civil, Polícia Militar, Defensoria Pública, Ministério Público e o Judiciário, organismos de políticas para mulheres do município de Belo Horizonte e do estado, além do Conselho Estadual dos Direitos da Mulher. Dentro da área da Segurança Pública destacam-se o Núcleo de Defesa da Mulher da Defensoria Pública (NUDEM), a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher em Belo Horizonte (DEAM) e a Promotoria de Justiça

¹ Informação disponibilizada em entrevista com a delegada titular da Delegacia Especializada de Combate à Violência Sexual em maio de 2017

Especializada no Combate à Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. A assistência social é representada por atores como o Centro de Apoio à Mulher – Benvinda, o Centro Risoleta Neves de Atendimento à Mulher – CERNA e a Casa de Abrigo Sempre Viva. Além dessas instituições, participam da Rede o Instituto ALBAM (ONG), a CEPAM – Coordenadoria Especial de Políticas para as Mulheres de Minas Gerais e o COMDIM - Coordenadoria dos Direitos da Mulher de Belo Horizonte (PASINATO, 2012).

Além dessas iniciativas, foi promulgada em 2006 a Lei nº 11.340, mais conhecida como Lei Maria da Penha, em que a violência doméstica contra as mulheres foi recharacterizada. A Lei procura garantir atendimento às mulheres em situação de violência e cria instrumentos de proteção às mulheres, bem como, o enfrentamento à impunidade para os agressores, caracterizando uma legislação que permitiu delinear as ações e políticas de proteção às mulheres no Brasil (BRASIL, 2015). Esta lei ainda configura a violência sexual como forma de violência doméstica e familiar contra a mulher, no seu art. 7º, inciso III, entendida como:

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

Outro avanço observado quanto à punição de crimes relacionados à violência contra a mulher foi as alterações feitas no Código Penal Brasileiro em 2009. Os crimes contra a dignidade sexual estão descritos no Título VI, este que teve algumas alterações pela Lei 12.015/2009, reunindo crimes e excluindo outros. Os principais tipos penais são: estupro, violação sexual mediante fraude, assédio sexual, estupro de vulnerável, corrupção de menores, satisfação da lascívia mediante presença de criança e adolescente, favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável, mediação para servir a lascívia de outrem, e o favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual, como descritos a seguir:

- Estupro: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (BRASIL, 1940, art. 213);
- Violação sexual mediante fraude: “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima” (BRASIL, 1940, art. 215);
- Assédio sexual: “Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função” (BRASIL, 1940, art. 216-A);
- Estupro de vulnerável: “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos”. Inclui-se nesse crime também, segundo o parágrafo 1º “[...] quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência” (BRASIL, 1940, art. 217-A);
- Corrupção de menores: “Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem” (BRASIL, 1940, art. 218);
- Satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente: “Praticar, na presença de alguém menor de 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem” (BRASIL, 1940, art. 218-A);
- Favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável: “Submeter, induzir ou atrair à prostituição ou outra forma de exploração sexual alguém menor de 18 (dezoito) anos ou que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, facilitá-la, impedir ou dificultar que a abandone” (BRASIL, 1940, art. 218-B);
- Mediação para servir a lascívia de outrem: “Induzir alguém a satisfazer a lascívia de outrem” (BRASIL, 1940, art. 227);
- Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual: “Induzir ou atrair alguém à prostituição ou outra forma de exploração sexual, facilitá-la, impedir ou dificultar que alguém a abandone” (BRASIL, 1940, art. 228).

Vale ressaltar que no art. 225 do Código Penal Brasileiro, o legislador define que, nos crimes do Capítulo I e II desse Título, procede-se mediante ação penal condicionada à

representação. Somente nos casos em que a vítima é menor de 18 (dezoito) anos ou pessoa vulnerável, procede-se mediante ação pública incondicionada. Os crimes em que o legislador se refere são: estupro, violação sexual mediante fraude, assédio sexual, estupro de vulnerável, corrupção de menores, satisfação da lascívia mediante presença de criança e adolescente, e o favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável (BRASIL, 1940).

Observando o processo desde a denúncia até o julgamento do fato, no caso de vítima mulher, as DEAMs, quando presentes na cidade, são responsáveis pela confecção do Boletim de Ocorrência, quando não registrado anteriormente pela Polícia Militar, e pela instauração do inquérito policial. No caso de crianças e adolescentes menores de 18 anos, as delegacias especializadas na proteção de crianças adolescentes, também quando existentes na cidade, são incumbidas de tais processos legais. Vale ressaltar que a violação dos direitos sexuais de uma criança ou adolescente pode ser notificada a partir de qualquer Disque Denúncia, de Unidades de Saúde, Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas), demais delegacias, escolas ou de qualquer outro lugar que a vítima seja atendida. Essa notificação deve ser denunciada, imediatamente, ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude, que tomará as medidas cabíveis (OFICINA DE IMAGENS, 2012).

No que se refere ao atendimento, após a realização da denúncia na delegacia e instauração do inquérito policial, no caso de entrada da vítima de violência sexual pelo sistema de segurança pública, a mesma é encaminhada para o Instituto Médico Legal (IML), para a realização do exame de corpo de delito. Segundo o artigo 158 do Código de Processo Penal, tal exame é indispensável nos crimes sexuais que deixam vestígios, como o estupro e o atentado violento ao pudor, pois servem para comprovar materialidade. Médicos Legistas são quem realizam tal exame tentando buscar evidências – como a presença de esperma, ruptura do hímen e lesões corporais – da prática de conjunção carnal ou de algum ato libidinoso diferente da conjunção carnal (CRUZ, 2002).

Ademais, além das instalações e os recursos dos departamentos médicos legais nem sempre serem adequados, as vítimas nem sempre são informadas sobre a importância destes exames para o processo penal e nem todas as cidades disponibilizam esse tipo de exame. Porém, a comparação de DNA nestes crimes torna-se prova quase irrefutável, sendo que a

qualidade, exatidão e confiabilidade dos resultados obtidos nas análises de materiais biológicos dependem dos procedimentos adotados em várias etapas, principalmente na coleta, transporte e manuseio. Dessa forma, o exame de corpo de delito é de extrema importância para a culpabilização do agressor (BRASIL, 2015; CRUZ, 2002).

4.2 Sistema de Saúde

O serviço público de saúde é a porta de entrada mais comum das vítimas de violência sexual. Villela e Lago (2007), a partir de uma pesquisa realizada pela Universidade de São Paulo, apontam que nas localidades em que existem serviços de saúde, as mulheres preferem recorrer a este tipo de ajuda ao invés dos serviços da polícia. O Ministério da Saúde ainda aponta que a maioria das mulheres tem contato com o sistema de saúde em algum momento de suas vidas, o que coloca os profissionais e os serviços relacionados à saúde em local de destaque, uma vez que podem identificar as mulheres que sofrem abuso, dar-lhes assistência e, caso necessário, as encaminhar a serviços especializados (BRASIL, 2005).

As consequências da violência sexual sobre a saúde podem ser prolongadas ou até crônicas, exigindo apoio e tratamento adequados tanto no âmbito pessoal da vítima quanto pelos profissionais da saúde. Problemas psicológicos podem perdurar por semanas ou meses após a agressão, como a depressão e o estresse pós-traumático, que muitas vezes é caracterizado por sintomas como pesadelos, insônia, falta de concentração e irritabilidade. Dores no baixo ventre, infecções e transtornos digestivos, como falta de apetite, vômito, náusea, cólica e dores no estômago também são comuns. Além disso, alguns agravos podem se manifestar posteriormente, como as doenças sexualmente transmissíveis, infecções urinárias e vaginais, e a gravidez (PEDROSA; SPINK, 2011).

Mesmo com todas essas questões, a Organização Mundial da Saúde reconheceu a violência contra as mulheres como um problema de saúde pública somente em 1996. No Brasil, o Ministério da Saúde normatiza o atendimento às pessoas vítimas de violência sexual desde os anos 1980 e vem atualizando suas diretrizes ao longo dos anos, contando com diversas parcerias estaduais, de movimento sociais e das sociedades científicas (BRASIL, 2015; SOUZA; ADESSE, 2005).

Consciente da necessidade de uma maior atenção ao assunto, o Ministério da Saúde lançou em 1998 e reeditou em 2005 a *Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes*, com o objetivo de “[...] capacitar e equipar os serviços a diagnosticar os casos de violência e promover a assistência adequada, e ampliar e desenvolver os serviços especializados ou de referência”, o que foi um marco na regulamentação do atendimento adequado a tais vítimas. Dessa forma, ela orienta as instituições de saúde quanto às instalações físicas adequadas, recursos humanos, equipamentos, registros de dados, capacitação dos profissionais, apoio psicossocial, além de todos os aspectos técnicos do atendimento clínico, da profilaxia, coleta de material, e procedimentos para interrupção de gravidez (BRASIL, 2005, p. 8).

O atendimento à vítima de violência sexual deve ser respeitoso, sensível, solidário, assegurando à mesma sua privacidade, além de ser tratado como prioritário nas instituições de saúde. O local de atendimento deve ser, preferencialmente, separado dos demais casos de violência, sem a sua identificação nominal a fim de evitar constrangimento da vítima (BRASIL, 2005; FAÚNDES *et al*, 2006).

No procedimento padrão para atendimento dessas vítimas, é necessária entrevista sobre a sua história de violência, além da documentação detalhada da mesma no prontuário. Para evitar maiores constrangimentos e a revitimização, é necessário que a primeira pessoa que ouvir essa história transcreva-a da forma mais minuciosa possível em uma ficha única a ser utilizada por todos os profissionais que forem realizar o atendimento, para que a vítima não precise repetir o fato diversas vezes e para diferentes pessoas. Além disso, é essencial que se use as palavras da própria vítima, sem inferir juízos à aparência ou comportamento da mesma por parte do profissional (FAÚNDES *et al*, 2006).

Segundo d’ Oliveira *et al* (2009), as vítimas precisam e querem falar sobre a violência sofrida para que recebam o atendimento necessário, porém, essa “escuta” precisa seguir alguns princípios para que seja adequado à situação que encontra a vítima. O primeiro deles diz respeito ao tempo destinado para a atividade, que deve ser o necessário para que a vítima se sinta bem em seu relato, uma vez criado o vínculo de confiança entre o profissional e a paciente. O desenvolvimento de um vínculo de confiança é outro princípio, requerendo uma atitude respeitosa, demonstrando interesse pela narrativa e sem julgamentos. Outros princípios

primordiais para o desenvolvimento de um relato adequado seriam a privacidade, o sigilo e um ambiente acolhedor (D'OLIVEIRA *et. al*, 2009).

Após a entrevista e o controle emocional da vítima, são realizados os exames físico e ginecológico, sempre com o consentimento da vítima. Tais exames possuem duplo propósito de obter provas para a condenação do agressor no sistema judicial, além de identificar lesões que necessitam de tratamento. A coleta de material para identificação do agressor é realizada, prioritariamente pelo IML, porém, caso isso não seja possível, o Ministério da Saúde recomenda que seja feita por meio de *swab*² ou similar, preservado em papel filtro estéril, envelope lacrado e, preferencialmente, em ambiente climatizado. O material deverá ficar abrigado na instituição, em condições adequadas, à disposição do Poder Judiciário (BRASIL, 2005; FAÚNDES *et al*, 2006).

Após o exame físico e ginecológico, testes laboratoriais são realizados para o diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e de uma possível gravidez. Em relação ao tratamento das vítimas, o mesmo deve incluir lesões físicas, prevenção de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis, além do tratamento psicológico. A prevenção da gravidez é realizada pela anticoncepção de emergência (AE) e é realizado somente para casos de estupros ocorridos até 72 horas antes e quando a mulher não faz uso de método anticoncepcional. Para a prevenção das DSTs, é realizada a quimioprofilaxia independentemente da gravidade das lesões, sexo ou idade da vítima de violência sexual. No Brasil é normatizado as recomendações de profilaxia da sífilis, gonorreia, clamidiose, cancro mole, tricomoníase, hepatite B e do HIV, em sistema de associação de medicamentos (BRASIL, 2005; FAÚNDES *et al*, 2006).

Caso haja confirmação de gravidez decorrente de estupro, seja no momento do atendimento ou posteriormente, serviços seguros de interrupção da gravidez devem ser oferecidos para livre decisão da vítima. O abortamento em caso de gravidez resultante de estupro ou de outra forma de violência sexual é permitido pelo Decreto-Lei n.º 2848, de 7 de

² *Swab* é um instrumento similar a um cotonete que serve para coletar amostras clínicas. CUNHA, Cristiano Berardo Carneiro *et al*. Avaliação microbiológica dos aparelhos celulares de profissionais do Bloco Cirúrgico em um Hospital beneficente. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 3, p. 120-124, jul. 2016. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6717>>. Acesso em: 20 maio 2017

dezembro de 1940, art. 128, inciso II, do Código Penal, e não exige qualquer documento para sua realização, bastando o consentimento da mulher por escrito. Porém, este assunto ainda enfrenta questões burocráticas e resistências dos profissionais de saúde em muitos serviços, além de juízes e atores importantes da sociedade (BRASIL, 2005; FAÚNDES *et al*, 2006; SOUZA; ADESSE, 2005).

Após todo o atendimento feito na unidade de saúde à vítima, deve-se oferecer acompanhamento terapêutico à família, nos casos de violência envolvendo pessoas próximas e quando houver desejo das pessoas envolvidas de preservar os vínculos familiares, assim como o encaminhamento psicológico individual. Também é de extrema importância informar a vítima de seus direitos legais de denunciar criminalmente o agressor, do processo necessário para tanto, assim como os possíveis resultados da denúncia, sugerindo o encaminhamento aos órgãos competentes (BRASIL, 2005; FAÚNDES *et al*, 2006).

Outras questões relevantes para os profissionais da saúde que lidem com a atenção à violência contra a mulher são algumas informações de cunho judicial. A Lei nº 10.778/2003 estabelece que a violência contra a mulher é agravo de notificação compulsória nos casos atendidos em serviços públicos ou privados de saúde em todo o território nacional. Além disso, a recusa infundada e injustificada de atendimento à vítima de violência sexual, que é prioritário, pode ser caracterizada legalmente e eticamente como omissão, podendo o médico ser responsabilizado civil e criminalmente por qualquer dano que a pessoa sofrer, segundo o art. 13, § 2º do Código Penal. No caso de crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade, a suspeita ou confirmação de violência sexual deve ser, obrigatoriamente, comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude, de acordo com o art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2005).

Quanto ao acesso aos serviços especializados à vítima de violência sexual, a Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescente aponta que as ações de atenção à saúde devem ser acessíveis a toda a população, cabendo às entidades garantir todas as etapas do atendimento, tais como as medidas de emergência, acompanhamento, reabilitação e os tratamentos das consequências da violência sexual sobre a saúde física e mental da vítima (BRASIL, 2005; SOUZA; ADESSE, 2005).

O primeiro serviço de atendimento especializado a mulheres vítimas de violência sexual foi criado em 1989 no Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya, em São Paulo, e alguns outros foram criados depois disso. A partir da publicação da Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescente em 1998 o número de serviços de atendimento especializados começou a aumentar (KISS; SHRAIBER, 2011).

Porém, mesmo havendo um grande avanço com a publicação de tal Norma Técnica e com o aumento das redes de atendimento, até novembro de 2002 eram conhecidos somente 245 serviços especializados, sendo distribuídos irregularmente pelo país. Destes serviços, na maioria dos estados e municípios, a estrutura e organização de saúde não supre adequadamente a demanda das mulheres vítimas de violência, nem mesmo para a primeira assistência. Mesmo assim, é extremamente necessário a realização de campanhas informando que medidas devem ser tomadas nestes casos e para onde as vítimas devem se dirigir, objetivando a divulgação da necessidade de um atendimento imediato (BEDONE; FAÚNDES, 2007; OSHIKATA; BEDONE; FAÚNDES, 2005).

4.3 Humanização no atendimento às vítimas de violência sexual

A violência sexual, na maioria das vezes, vem acompanhada de algum outro tipo de violência, seja física, psicológica ou social, que causam lesões e traumas nem sempre visíveis, ou consequências mais sérias, como depressão, estresse pós-traumático ou mesmo sequelas físicas. Além disso, a situação humilhante e angustiante que passam as vítimas, com a invasão do seu próprio corpo, chantagens e ameaças, levam a sentimentos de culpa, vergonha e medo. Dessa forma, é fundamental tempo, cuidado e respeito no atendimento e na escuta nos serviços públicos procurados pela vítima, ou seja, uma atenção humanizada e uma escuta qualificada a todos que acessarem esses serviços (BRASIL, 2015).

A partir de 2013 uma série de leis e decretos de âmbito federal foram promulgadas sobre o assunto, dando maior visibilidade ao tema do enfrentamento à violência sexual e a um atendimento mais humanizado das vítimas. Entre elas a Lei n.º 12.845 de 1º de agosto de 2013; as Portaria n.º 528 de 1º de abril de 2013 e nº 485 de 1º de abril de 2014 do

Ministério da Saúde, o Decreto n.º 7.958 de 13 de março de 2013; e a Portaria Interministerial n.º 288 de 25 de março de 2015.

A Lei n.º 12.845/2013 dispõe sobre o atendimento obrigatório, integral e imediato de pessoas em situação de violência sexual em todos os hospitais do Sistema Único de Saúde - SUS e é resultado da atuação conjunta da sociedade civil, poder executivo e legislativo para padronizar o atendimento feito na área da saúde pública. Para tanto, no seu art. 1º estabelece que “[...] os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social” (BRASIL, 2013, 2015).

As Portaria n.º 528/2013 e n.º 485/2014 lidam com os Serviços de Atenção Integral à Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Enquanto a primeira define regras para habilitação e funcionamento de tais serviços, a segunda redefine o funcionamento das mesmas (BRASIL, 2013, 2014).

O Decreto n.º 7.958/2013, no seu art. 1º “[...] estabelece diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS, e as competências do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde para sua implementação”. Além do mais, destaca que o atendimento humanizado das vítimas deve ser feito observando princípios do respeito da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade, além do acolhimento devido nos serviços de referência, a disponibilidade de um espaço de escuta qualificada com privacidade, de modo a proporcionar ambiente de confiança e respeito e a capacitação dos profissionais de segurança pública e do SUS para atender vítimas de violência sexual de forma humanizada, assegurando a idoneidade e o rastreamento dos vestígios coletados. (BRASIL, 2013, 2015).

Percebendo a necessidade de ações estruturadas e multisetoriais entre os serviços de saúde e os demais órgãos e serviços envolvidos com a rede de atendimento à vítima de violência sexual, o Decreto prevê a articulação entre tais os setores de saúde, segurança e justiça, dando importância não apenas às medidas de proteção, atenção e cuidado integral às

peessoas que sofreram tal violência, mas também à adoção de medidas fundamentais à responsabilização legal dos agressores (BRASIL, 2015).

A Portaria Interministerial nº 288 estabelece uma série de orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da saúde, em especial do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. Tal atendimento deverá observar os diretrizes do Decreto 7.958 e as regras e procedimentos técnicos estabelecidos pela *Norma Técnica para Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios*, que será explicitada mais à frente (BRASIL, 2015).

Além das leis citadas acima, uma série de políticas direcionadas à mulher e à humanização foram lançadas pelo Governo Federal, entre eles o *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher* (PAISM), a *Polícia Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (PNAISM), a *Política Nacional de Humanização*, os *Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres*, incluindo a *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres* e o *Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*, além do *Programa Mulher, Viver sem Violência* (BRASIL, 2015).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher* (PAISM), o primeiro programa direcionado às mulheres em âmbito nacional, o que marcou uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde para a mulher e os critérios para seleção de prioridades nessa área. Tendo como base esse primeiro programa, foi elaborada em 2004 a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (PNAISM), que estabelece em suas prioridades a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência sexual e doméstica, com a promoção de ações de prevenção a esse tipo de violência, a organização de redes integradas de atenção a essas mulheres, a articulação da atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outras ações (BRASIL, 2004).

A *Política Nacional de Humanização* foi lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde e assegura a humanização como eixo norteador das práticas de gestão e atenção em todos

os serviços de saúde no âmbito do SUS. Segundo tal Política, a humanização não pode ser entendida apenas como um “programa” a ser aplicado aos serviços, mas como uma política que atue através de toda a rede do SUS, ou seja, uma das dimensões fundamentais da atenção em saúde (BRASIL, 2015).

O primeiro *Plano Nacional de Política para as Mulheres* (PNPM) foi elaborado em 2004 a partir da 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Neste Plano já se colocou como objetivo a implantação de uma *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*, de forma a articular as diferentes esferas de poder ao mesmo tempo para trabalhar na integração de serviços, a partir de um mesmo marco conceitual (BRASIL, 2004). O *II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres* (II PNPM) instituiu como um dos seus objetivos gerais na área de enfrentamento de todas as formas de violência contra a mulher o a “[...] consolidação da *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres* com plena efetivação da Lei Maria da Penha” (BRASIL, 2008, p. 103). O último *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres* elaborado coloca como um dos seus objetivos gerais a redução dos índices de todas as formas de violência contra as mulheres, e afirma a consolidação da *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres* pelo II PNPM (BRASIL, 2013).

A *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres* “[...] tem por finalidade estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional” (BRASIL, 2011, p. 9). Ela está estruturada em seis diretrizes:

I. garantir o cumprimento dos tratados, acordos e convenções internacionais firmados e ratificados pelo Estado Brasileiro relativos ao enfrentamento da violência contra as mulheres;

II. reconhecer a violência de gênero, raça e etnia como violência estrutural e histórica que expressa a opressão das mulheres e que precisa ser tratada como questão da segurança, justiça, educação, assistência social e saúde pública;

III. combater as distintas formas de apropriação e exploração mercantil do corpo e da vida das mulheres, como a exploração sexual e o tráfico de mulheres;

IV. implementar medidas preventivas nas políticas públicas, de maneira integrada e intersetorial nas áreas de saúde, educação, assistência, turismo, comunicação, cultura, direitos humanos e justiça;

V. incentivar a formação e capacitação de profissionais para o enfrentamento à violência contra as mulheres, em especial no que tange à assistência;

VI. estruturar a Redes de Atendimento à mulher em situação de violência nos Estados, Municípios e Distrito Federal (BRASIL, 2011, p. 32-33).

O *Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres* foi lançado em 2007 pelo Governo Federal na II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres e consiste em um acordo federativo entre União e governos dos estados e municípios para o planejamento de ações com o objetivo de:

[...] prevenir e enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres, atuando para garantir a redução dos índices de violência não somente por meio da repressão, mas também da prevenção, atenção, proteção e garantia dos direitos daquelas em situação de violência e da promoção de uma mudança cultural que dissemine atitudes igualitárias e valores éticos de irrestrito respeito à diversidade e à paz. (BRASIL, 2008, p. 101)

As ações do Pacto foram estruturadas em cinco grandes eixos para que os objetivos fossem atingidos: assegurar a aplicabilidade da Lei Maria da Penha; ampliar e fortalecer as redes de serviços para mulheres em situação de violência; garantir a segurança cidadã e o acesso à Justiça; assegurar os direitos sexuais e reprodutivos, o enfrentamento à exploração sexual e ao tráfico de mulheres; e garantir a autonomia dessas mulheres que estão em situação de violência, ampliando seus direitos (BRASIL, 2015).

Em 13 de março de 2013 a Presidência da República, com a coordenação da Secretaria de Políticas para as Mulheres e com parceria dos Ministérios da Justiça e da Saúde lançou o *Programa Mulher, Viver sem Violência*, que configura uma ação fundamental para assegurar a união necessária de esforços para combater as diversas formas de violência contra as mulheres, garantir o acesso ao atendimento humanizado e integral, e contribuir para o enfrentamento da impunidade dos agressores. Para tanto, esse Programa “[...] propõe o fortalecimento e a consolidação, em âmbito nacional, da rede integrada de atendimento às

mulheres em situação de violência envolvendo e articulando as diversas áreas de assistência, atenção, proteção e defesa dos direitos das mulheres em situação de violência” (BRASIL, 2015, p.8).

São seis estratégias de ação no *Programa Mulher, Viver sem Violência*: a Casa da Mulher Brasileira; a Ampliação da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180; Centros de Atendimento às Mulheres nas Regiões de Fronteira Seca; Campanhas Continuadas de Conscientização; Unidades Móveis para Atendimento às Mulheres do Campo e da Floresta; além da Organização e Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (BRASIL, 2015).

Como uma das atividades dessa última estratégia de ação do Programa e buscando evitar uma revitimização de quem sofreu a violência sexual, foi lançado em 2015 a *Norma Técnica para Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios*. Essa Norma Técnica versa sobre as “[...] situações em que há possibilidade de realização de registro de informações e coleta de vestígios da violência sexual pelos médicos do SUS nos serviços de referência aptos/habilitados para este atendimento” (BRASIL, 2015, p. 21).

Como foi visto, no Brasil coexistem diversos fluxos de atendimento às vítimas de violência sexual no que se refere à coleta de vestígios, porém os mais comuns, quando a vítima procura algum tipo de ajuda do Estado, são o sistema de segurança pública e o sistema de saúde. No caso de a vítima procurar inicialmente o sistema de segurança pública, no caso as delegacias de polícia, são feitos todos os registros sobre a ocorrência e a pessoa é encaminhada aos órgãos de medicina legal para a realização da perícia. O direcionamento da vítima para o sistema de saúde neste caso é feito somente após todo esse procedimento, salvo em situação de urgência e emergência, em que a vítima é encaminhada inicialmente à unidade de saúde (BRASIL, 2015).

No caso de a vítima procurar inicialmente o sistema de saúde existem várias possibilidades de fluxo, de acordo com a conformação da rede e das pactuações formais locais entre sistema de segurança pública, saúde e justiça. No entanto, não é necessário o registro do boletim de ocorrência para o atendimento da vítima, sua decisão deverá ser respeitada, sem

prejuízo ao atendimento integral à saúde e de todas as orientações sobre seus direitos (BRASIL, 2015).

O Governo Federal, com a *Norma Técnica para Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios*, percebeu a necessidade de normatizar os procedimentos relacionados à coleta de vestígios e de informações no caso em que a vítima de violência sexual procura primeiramente o sistema de saúde uma vez que, sendo essa a porta de entrada da vítima, a possibilidade de tal coleta apresentar vestígios biológicos em quantidade e qualidade suficientes é maior, já que até 72 horas após a agressão há grandes chances de conseguir algum tipo de material do agressor. Além disso, com a coleta de tal material pelos profissionais do SUS, a vítima não precisa passar por um duplo exame ginecológico, um no ambiente hospitalar e outro no IML, sendo este último, considerado um “segundo estupro” para muitas mulheres, o que evita reforçar a violência sofrida (BARRETO *et al.*, 2016; BRASIL, 2015; SOUZA E ADESSE, 2005).

A Norma Técnica referida dispõe de procedimentos técnicos a fim de

[...] normatizar e orientar o atendimento integral às vítimas de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios, tomando por base a literatura da Organização Mundial da Saúde, guias e manuais de diversas experiências nacionais e internacionais da área de saúde e medicina legal, e os procedimentos operacionais padronizados da área de perícia criminal produzidos pelo Ministério da Justiça. (BRASIL, 2015)

Dentre tais procedimentos técnicos estão a anamnese³, a escuta qualificada, a realização do exame físico, a descrição das lesões, o registro de informações e a coleta de vestígios no serviço de saúde. Dessa forma, são descritos de forma detalhada como devem ser realizados todos esses procedimentos desde o atendimento da vítima até o armazenamento e o transporte de vestígios. É salientado também que todas as orientações poderão ser adequadas respeitando as especificidades de cada rede de serviços e das pactuações locais (BRASIL, 2015).

³ Anamnese consiste na entrevista feita pelo profissional quando da realização da consulta, em que o mesmo obtém informações importantes sobre a história atual e pregressa do paciente. CAPESESP, Caixa de Previdência e Assistência dos Servidores da Fundação Nacional de Saúde. **A importância do exame clínico.** Disponível em: <<http://www.capesesp.com.br/a-importancia-do-exame-clinico>>. Acesso em: 26 mai. 2017.

Sendo assim, o Ministério da Saúde atenta para a importância da identificação de achados que consistam em provas médico-legais, seja para a comprovação do crime, como a identificação e responsabilização do agressor, e que os profissionais de saúde são de extrema importância para a coleta e preservação dos vestígios, principalmente nas situações em que a vítima não procurou primeiramente o sistema de segurança pública, mas venha a denunciar o autor num momento posterior (BRASIL, 2015).

Existem no Brasil algumas experiências de rede de atendimento integral às vítimas de violência sexual, com a integração entre sistema de saúde e segurança pública, como é o caso do Paraná, com o *Protocolo Integral às Pessoas em Situação de Violência*, e de São Paulo, com a *Casa da Mulher e Programa Bem-me-quer*. (MATTAR *et al*, 2007; PARANÁ, 2016; SOUZA; ADESSE, 2005).

O *Protocolo Integral às Pessoas em Situação de Violência* foi lançado pelo Governo do Paraná em 2015 e orienta o processo de trabalho das equipes de saúde no que tange ao atendimento integral e humanizado naquele estado. Estabeleceu-se que a coleta de vestígios de vítimas de violência sexual fosse realizada durante o atendimento em hospitais de referência, o que geralmente é feito somente no Instituto Médico Legal (IML). Os médicos responsáveis por esses atendimentos foram nomeados como peritos ad hoc (exclusivamente para esses casos), e são treinados em sexologia forense para realizar a coleta de material genético e assegurar a inviolabilidade do material coletado. Esse tipo de atendimento foi colocado em prática inicialmente em três hospitais de referência em Curitiba e abrange os 29 municípios da Região Metropolitana (PARANÁ, 2016).

A *Casa da Mulher* em São Paulo apresenta uma maior abordagem no que diz respeito ao atendimento integral à vítima de violência sexual. Criada em 1998 foi uma resposta à demanda do governo e da sociedade civil para que os cursos universitários da área da saúde tivessem em seu programa conteúdos ligados à assistência às vítimas de violência sexual. Sendo assim, a *Casa da Mulher* busca simultaneamente garantir um atendimento humanizado e de qualidade às vítimas, além de ser um espaço de aprendizagens múltiplas aos alunos. O serviço então é constituído por diversos profissionais, dentre eles médicos tocoginecologistas, enfermeiras, psicólogas, psiquiatra, assistente social, socióloga/sanitarista e advogado, com o

intuito de oferecer uma assistência personalizada, que vai desde o atendimento de escuta com enfermeiras, atendimento médico, psicológico, por socióloga, assistente social e advogado, até a coleta de material genético para possível identificação do agressor (MATTAR *et al*, 2007).

Outra experiência que serve como referência para iniciativas no atendimento às vítimas de violência sexual é o *Programa Bem-me-quer* – Atendimento Especial às Vítimas de Violência Sexual, que acontece no Hospital Pérola Byington, em São Paulo. O hospital foi um dos pioneiros no que diz respeito à coleta de vestígios dentro de instituições de saúde, uma vez que desde 1994 oferecia assistência especializada às vítimas de violência sexual. Em 2001 foi inaugurado o posto de atendimento do IML no próprio hospital, fato que levou a um aumento do número de atendimentos e denúncias de casos de violência sexual. Além da coleta de vestígios, é realizado no hospital todos os procedimentos médicos preventivos para o caso, atendimento psicológico, além de encaminhamento para atendimento pela Procuradoria do Estado, feito pela equipe de assistentes sociais (SOUZA; ADESSE, 2005).

5 PROTOCOLO DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

5.1 Evolução

Em Minas Gerais, antes do projeto piloto do Protocolo, ou seja, até meados de 2007, era necessário que a vítima de violência sexual fizesse dois exames: um exame médico-legal para coleta de vestígios, caso a vítima quisesse representar o crime, realizado geralmente no Instituto Médico Legal (IML) de Belo Horizonte ou Postos Médicos Legais (PML's) do estado; e outro exame assistencialista, feito nos hospitais, para tratamento e profilaxia, este sendo primordial para a saúde da vítima, ela representando ou não o crime sofrido. Além da necessidade desses dois exames, o que era constrangedor para a vítima e muitas vezes a revitimizava, existia um fluxo complicado até o IML, uma vez que dependia do registro da ocorrência em delegacias especializadas e do encaminhamento da vítima para o local do exame pericial (IML ou PML's), o que, muitas vezes, ficava prejudicado pela falta de limitações físicas, como o transporte da vítima para fazer tal exame. Tais situações contribuíam para que houvesse um retardo na coleta de vestígios e, até mesmo, do tratamento das vítimas com as medicações antimicrobianas e antirretrovirais para DSTs e a administração da contracepção de emergência.

Outra questão que inviabilizava que o fluxo fosse contrário, ou seja, o atendimento assistencialista pelo médico-legista, com prescrição de medicação necessária durante a perícia, era o próprio Código de Ética Médica, que em seu artigo 93 veda ao médico “[...] ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010, p. 47).

Dessa forma, em 2007, o ginecologista e então Diretor do IML de Belo Horizonte⁴, Dr. José Mauro de Moraes, tendo conhecimento do Programa Bem-me-quer realizado em São Paulo e baseando-se em metodologias de atendimento em alguns estados norte-americanos, desenvolveu a proposta do Protocolo de Humanização do Atendimento às

⁴ A partir desse ponto do texto as informações foram retiradas de documentos internos do IML/BH elaborados pelo Dr. João Batista, e de informações cedidas pelo mesmo durante entrevista no dia 6 de abril de 2017.

Vítimas de Violência Sexual (PHAVVS) juntamente com os médicos-legistas, também ginecologistas, Dr. Waterson Brandão e Dra. Maria Flávia Brandão. A proposta era descentralizar o atendimento das vítimas de violência sexual em parceria com hospitais públicos credenciados, de forma que o médico plantonista realizasse o tratamento adequado e a coleta de vestígios e informações necessárias para a confecção de um laudo indireto, dispensando o reexame pelo médico legista. Caso isso se concretizasse, estariam sendo evitados desconfortos, dificuldades de traslado, constrangimentos em verbalizar o ato diversas vezes, dentre outros problemas.

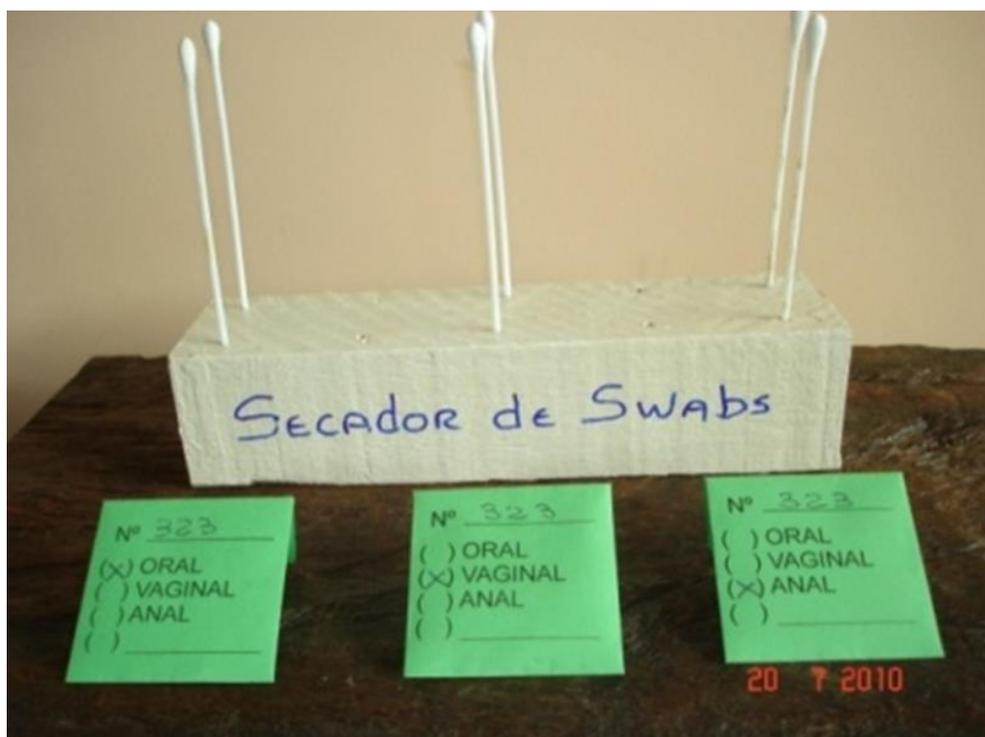
Um outro médico-legista, Dr. André Roquette, também ginecologista e à época Coordenador do Setor de Antropologia Forense do IML, como já tinha uma experiência acumulada no Ambulatório de Referência para Acompanhamento de Vítimas de Violência Sexual do Hospital Odilon Behrens contribuiu com algumas sugestões para a proposta. Ele apresentou aos médicos-legistas envolvidos a estratégia utilizada no Ambulatório do Hospital Odilon Behrens para medicação dos pacientes. As medicações eram divididas em kits, chamados “Vit” 1, 2 e 3, usados na profilaxia da gravidez indesejada (contracepção de emergência), prevenção e tratamento das doenças bacterianas e das doenças virais, respectivamente.

O Programa Bem-me-quer de São Paulo era uma boa referência, porém exigia uma estrutura muito complexa para atendimento de uma área específica, dificilmente aplicando-se a Minas Gerais. Enfim, nas pesquisas realizadas sobre o atendimento nos Estados Unidos, verificou-se a existência de um “kit” com o material necessário para a coleta de evidências de crimes sexuais para ser utilizado por um médico comum, fabricado por uma empresa chamada “Sirchie”, o que foi o ponto de partida para uma primeira ideia de “kit” para o Protocolo.

O primeiro “kit” piloto produzido para realizar a coleta de vestígios nos hospitais era bastante primitivo, uma vez que a ideia era montar um kit de baixo custo para que fosse distribuído nos hospitais de referência, além de que o recurso utilizado para a compra e fabricação dos componentes desse primeiro “kit” veio dos próprios médicos envolvidos no Protocolo. O “kit” piloto era composto por 1 (um) suporte para secagem de *swabs*, 6 (seis) *swabs* para coleta de material genético na vítima, e 3 (três) envelopes de invólucros para o

acondicionamento dos mesmos depois de colhido o material genético, como mostrado na Figura 1. Um ponto crítico do procedimento era a necessidade de espera de secagem dos *swabs* coletados para guardá-los nos envelopes, o que precisava de um maior cuidado do médico que coletasse o material para não haver mau acondicionamento ou troca de vestígios.

Figura 1 – “Kit” piloto para coleta de vestígios nos Hospitais de Referência



Fonte: BUZATTI, 2016.

Aproveitando o fato da Dra. Maria Flávia também ser plantonista da ginecologia do Hospital Júlia Kubitscheck, ela e o Dr. Waterson iniciaram o desenvolvimento e a implantação de uma padronização para coleta de evidências e informações de crimes sexuais durante o atendimento das vítimas no ambiente hospitalar, e logo difundiram esta metodologia a partir de capacitações aos médicos, e o material dos “kits”, para quatro hospitais da grande Belo Horizonte: Hospital Júlia Kubitschek, Maternidade Odete Valadares, Hospital Odilon Behrens e Hospital das Clínicas da UFMG.

Como toda nova experiência, começaram a chegar elogios e críticas ao funcionamento do modelo. A sociedade ainda estava se adaptando à essa nova ideia e, mesmo com as capacitações contínuas realizadas pelo grupo de médicos-legistas, os materiais continuavam sendo enviados ao IML acondicionados de maneira não padronizada, com

informações incompletas dificultando a realização de exames complementares e de laudos indiretos produtivos.

Outro fato que possibilitou um reestudo de todos os fluxos periciais e das necessidades para o Protocolo foi o início do uso do Módulo de Laudos dentro do Sistema PCnet, que é um sistema de informática interno da Polícia Civil, que tem a finalidade de promover a gestão de procedimentos das unidades de Polícia Judiciária e Administrativa, onde todos os atos de polícia devem ser eletrônicos. Além disso, houveram modificações na legislação penal, além da publicação de uma legislação diversa tanto federal quanto estadual sobre o assunto.

Na legislação penal anterior à 2009 existiam crimes sexuais diversos, que prejudicava a assertividade pericial para cada tipo de crime. O crime de estupro dependia da confirmação de “conjunção carnal”, ou seja, de que teria havido tido a penetração vaginal. Já o crime de atentado violento ao pudor dependia da confirmação de outro “ato libidinoso diverso da conjunção carnal”, como penetração anal ou sexo oral. Porém, houve uma mudança nessa legislação pela Lei nº 12.015/09, que passou a denominar como estupro o ato sexual (conjunção carnal ou ato libidinoso) realizado sob violência. Dessa forma, a comprovação de estupro não era mais dependente da confirmação da penetração da penetração vaginal, o que simplificava a perícia, pois a detecção de esperma no corpo da vítima, possivelmente, já poderia ser suficiente para comprovar o ato.

Houve também a promulgação de legislação federal específica sobre o assunto, que enfatizou a necessidade de as unidades de saúde auxiliarem na comprovação do ato e na identificação do agressor, como a Lei nº 12.845/13, o Decreto nº 7.958/13 e a Portaria nº 485/2014 do Ministério da Saúde e, posteriormente a Portaria Interministerial nº 288/15 (BRASIL, 2013, 2014, 2015).

Quanto à legislação estadual específica, anteriormente já havia sido publicada a Resolução Conjunta nº 14 de 30 de dezembro 2005, que criava a Comissão Técnica Interinstitucional para integrar e implementar as ações de atenção às vítimas de violência sexual em Minas Gerais, em que participavam as Secretarias de Estado de Saúde, Defesa Social, Desenvolvimento Social e Esportes, além das Polícias Militar e Civil, ONGs, Conselhos

Estaduais e o Ministério Público de Minas Gerais. Posteriormente, o Decreto nº 46.242 de 2013 criou o Comitê Estadual de Gestão do Atendimento Humanizado às Vítimas de Violência Sexual (CEAHVIS), nos mesmos moldes da Comissão Técnica de 2005. Este mesmo Decreto dispõe sobre o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual, que tem como objetivos: prestar assistência adequada às vítimas de violência sexual; orientar tais vítimas no reestabelecimento dos direitos violados; promover a coleta adequada de vestígios, evidências e provas que possam compor a Cadeia de Custódia⁵; e impossibilitar a revitimização dessas vítimas (MINAS GERAIS, 2005, 2013).

Além disso, com a Portaria nº 001/2012 do IML foi criado um serviço de atendimento às mulheres vítimas de agressão sexual, constituído por uma equipe de médicos-legistas e investigadores que seria responsável pelo treinamento de médicos nos centros de referência e pela cadeia de custódia do material genético. Porém, só no ano seguinte, com a Portaria nº 004/2013 é que foi formalizada a equipe de tal serviço, que era composta pelos médicos-legistas Dr. Waterson Brandão e Dra. Maria Flávia Brandão, e a investigadora Vilma Lira. Ainda em 2012, mesmo não sendo instrumentos normativos, duas recomendações da 23ª Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude de Belo Horizonte foram publicadas, sendo elas de nº 03 e nº 09. A recomendação nº 03/2012 versa sobre a continuidade da Implantação do Protocolo de Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, enquanto a recomendação nº 09/2012 trata da criação de uma Seção de Sexologia Forense ao organograma do IML (MINAS GERAIS, 2012, 2013).

Houve também a publicação do Memorando Conjunto nº 01/2013, que recomenda aos Policiais Militares, Policiais Civis e os Bombeiros Militares o encaminhamento das vítimas de violência sexual em Belo Horizonte apenas para os quatro hospitais que fazem parte do Protocolo. Nos casos de urgência as vítimas deveriam ser levadas ao hospital mais próximo e, não havendo internação, a mesma precisaria de ser encaminhada aos hospitais de referência pelo próprio policial que deu o primeiro atendimento (MINAS GERAIS, 2013).

⁵ Cadeia de Custódia é um processo usado para manter e documentar a história cronológica da evidência, para garantir a idoneidade e o rastreamento das evidências utilizadas em processos judiciais. LOPES, M.; GABRIEL M, M; BARETA, G. M. S. **Cadeia de Custódia: uma abordagem preliminar**. Disponível em: <<http://www.uff.br/toxicologiaclinica/Toxicologia%20forense%20-%20Cadeia%20de%20custodia.pdf>>. Acesso em: 26 mai. 2017.

Já em 2013, o Dr. André Roquette, agora como novo diretor do IML, determinou que os Drs. José Frank Marotta e João Batista procedessem ao estudo do Protocolo, perpetuando as boas práticas e melhorando aquilo que fosse necessário. Com todas essas mudanças, os novos responsáveis pelo projeto começaram a revisão do trabalho, a qual duas referências foram extremamente importantes: as orientações de manejo das vítimas de violência sexual do Reino Unido de 2011 e o Protocolo Nacional para Exame Médico-Legal das Vítimas de Violência Sexual dos Estados Unidos de 2013.

Foram realizadas então, algumas inovações no Protocolo. Os responsáveis pelo Protocolo consideraram que a ficha de notificação compulsória do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (ver anexo A), que é de preenchimento obrigatório para os casos relacionados na Lei nº 10.778/2003, era incompleta do ponto de vista médico-legal. Dessa forma, em 2014 foi desenvolvida uma “ficha complementar” (figuras 2 e 3) constando todas as demais questões importantes para a realização do laudo indireto pelo médico legista, além de instruções para o adequado exame e coleta de vestígios e a documentação apropriada para tal.

Além dessa nova ficha, o fluxo de anamnese, autorização para coleta de vestígios e encaminhamento à Polícia Civil foi revisto e racionalizado; criou-se um novo kit de coleta de vestígios; e estabeleceu-se um novo fluxo único do material, definindo o IML como a porta de entrada da Polícia Civil para recebimento do material colhido nos hospitais, o que simplificou a lógica de requisições de perícia.

Figura 2 – “Ficha Complementar” versão 2014 (primeira página)

Ficha de Atendimento à Vítima de Violência Sexual
(Complementação da Ficha de Notificação - SINAN)

Cole aqui a etiqueta

Centro de Referência: _____

Histórico médico de relevância:
 Data da última menstruação: ____/____/_____
 Encontra-se grávida: Não Sim – Quantas semanas: _____
 Uso de contraceptivo: Não Sim (Qual): _____
 Alterações ano-genitais recentes (cirurgias, procedimentos diagnósticos, etc.):
 Não Sim (Qual): _____
 Doenças hematológicas/uso anticoagulante: Não Sim (Qual): _____
 Outros: _____

Descrição do evento pela vítima: _____

Uso de preservativo no evento: Não Sim Não sabe informar

Local informado da ejaculação: Anal Oral Vaginal Não se aplica
 Não houve ou não sabe informar Outros locais _____

Uso de droga ou medicamento pela paciente relacionado ao evento:
 Álcool: Não Sim
 Medicamentos: Não Sim (Qual): _____
 Drogas: Não Sim (Qual): _____
 Uso voluntário: Não Sim Não se aplica

Atividades posteriores à agressão informada:
 Banho: Não Sim
 Ducha vaginal: Não Sim
 Troca de roupas: Não Sim
 Evacuação: Não Sim
 Higienização oral: Não Sim

Data e hora da última relação sexual consentida: ____/____/_____, às ____:____ h.

Modo de examinar o hímen e uniformização de nomenclatura:

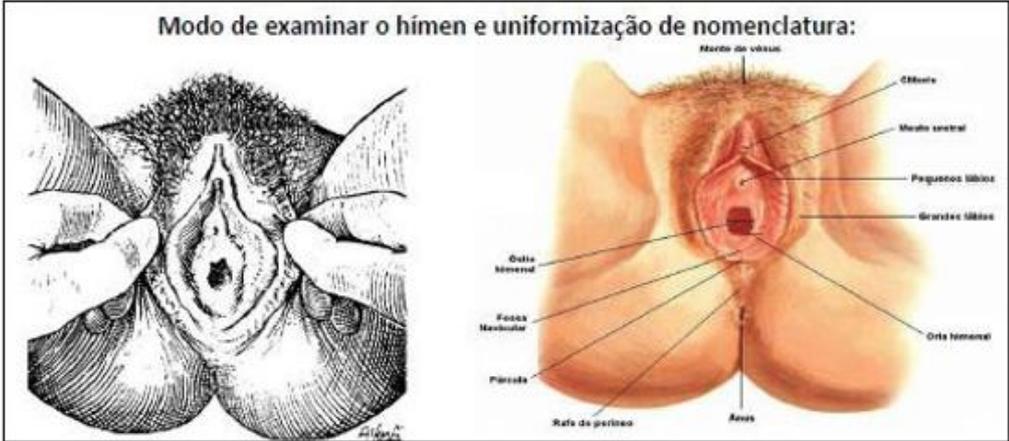


Figura 3 – “Ficha Complementar” versão 2014 (segunda página)

Represente no esquema ao lado, as lesões constatadas com os seguintes símbolos (Descrever no espaço abaixo).

- X Equimose
- O Escoriação
- Hematoma
- △ Outros (feridas, fraturas, etc.)

Desenhe no esquema ao lado o aspecto do hímen (forma, localização de rupturas – como um mostrador de relógio, etc.) Descrever no espaço abaixo.

Hímen: Roto Íntegro Complacente*

Bordas da ruptura: sangrantes /equimóticas cicatrizadas não se aplica

Local da ruptura(s) às: 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 10 11 12 horas reduzido a carúnculas não se aplica

Outras informações relevantes:

* Complacente é o hímen íntegro que, devido às dimensões do óstio, permitiria a penetração peniana sem a ruptura da borda.

Esquema de apresentações hímenais

imperfurado	anular	semilunar	bilabiado	trilabiado
carúnculas	cribriforme	septado	roto (6 horas)	complacente

Material colhido para exames laboratoriais:

Quant. (ex.: 02, 04, etc.)	Suporte (ex.: swab, lâmina)	Região da coleta (ex.: vagina, perianal, mama, etc.)

Local:	Data:	de	de	20
Nome legível do médico:	CRM:			
Assinatura do médico:				

Versão 1.06.2013

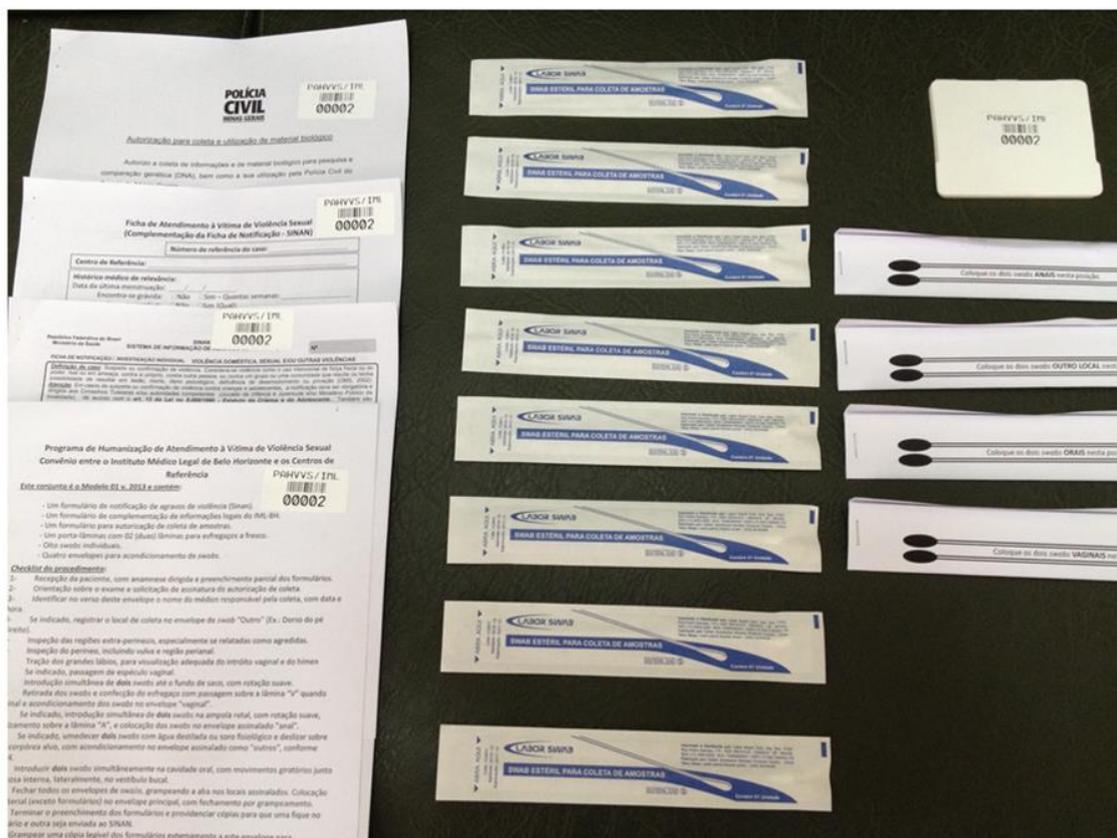
Fonte: BUZATTI, 2016.

O novo “kit” de coleta de vestígios (figura 4) para os Hospitais de Referência era composto por:

- 1 (um) envelope branco 200 x 280 mm que armazenava todos os demais elementos do “kit”;
- 4 (quatro) envelopes de cor branca para acondicionamento de dois *swabs* cada depois de colhido o material genético;
- 1 (um) porta lâminas com capacidade para duas lâminas, paralelas, de modo a facilitar o acondicionamento dentro dos envelopes;
- 2 (duas) lâminas de vidro para microscopia acondicionadas no porta lâminas, convencionais, com borda em superfície áspera possibilitando escrita, sendo uma das lâminas identificadas com a inscrição “P” (perianal) e a outra com inscrição “V” (vaginal);
- 8 (oito) unidades individuais de *swabs* de algodão estéril, acondicionados em embalagem de papel, de haste de 15 centímetros de extensão, cor branca;
- 3 (três) folhas de papel A4 75 gramas, brancas, com impressão de cinco dos seis lados possíveis, contendo a ficha do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), frente e verso, a Ficha Complementar desenvolvida no ano de 2014, frente e verso, e o Termo de Autorização de Coleta de Amostra Biológica, somente frente.

Em cada envelope de armazenamento dos *swabs*, no porta lâminas, em cada folha de formulário e no envelope principal em sua frente e verso eram adesivadas etiquetas de tamanho 24 x 50 mm, plásticas, com impressão de resina, totalizando 10 (dez) etiquetas em um mesmo kit, contendo numeração própria do kit (individualizado cada material como pertencente a cada kit), além da inscrição “PHAVVS / IML”.

Figura 4 – “Kit” para coleta de vestígios nos Hospitais de Referência (versão 2014)



Fonte: arquivo interno do IML.

Este modelo de “kit” foi utilizado na coleta de material genético nos Hospitais de Referência até fevereiro de 2016, data em que a coordenação do Protocolo foi passada ao Dr. Marcelo Buzatti⁶, médico-legista ginecologista do IML. A partir daí outros aperfeiçoamentos foram feitos nos moldes do Protocolo. Houveram correções na “ficha complementar” (figuras 5 e 6) à ficha do SINAN e a inclusão de vinculação digital de dados no preenchimento da mesma; otimizou-se o fluxo único do material coletado nos hospitais; mudanças foram feitas no fluxo de autorização, anamnese e coleta do material genético; além da criação de um novo “kit”, o qual está sendo distribuído atualmente nos Hospitais de Referência.

⁶ As informações a partir desse ponto do texto foram disponibilizadas pelo Dr. Marcelo Buzatti durante entrevista e pela consulta de arquivo produzido pelo mesmo e disponibilizado durante o Seminário: Capacitação no Protocolo de Humanização no Atendimento às Víctimas de Violência Sexual, realizado em 2016 na Cidade Administrativa de Minas Gerais.

Figura 5 – “Ficha Complementar” versão 2016 (primeira página)

PAHVVS/IMLUPPI	
Centro de Referência: _____	Informe nº ficha de atendimento SE ANEXA: _____
Descrição do evento pela(o) paciente: (se não descrito no campo "OBSERVAÇÕES ADICIONAIS" da Ficha do SINAVE) 1- Sim 2- Não 9- Ignorado Havia testemunha(s) no evento? <input type="checkbox"/>	
Fez boletim de ocorrência (REDG): <input type="checkbox"/>	
Local informado da penetração: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	<input type="checkbox"/> -Oral <input type="checkbox"/> -Vagina <input type="checkbox"/> -Anal
Local informado da ejaculação: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	<input type="checkbox"/> -Oral <input type="checkbox"/> -Vagina <input type="checkbox"/> -Anal <input type="checkbox"/> -Preservativo
<input type="checkbox"/> -Outro local (especificar) _____	
Uso de droga ou medicamento pela(o) paciente, relacionado ao evento: Use os códigos: 1- Não; 2- Uso involuntário (Qual substância?); 3- Uso voluntário (Qual substância?); 4- Uso terapêutico (Qual substância?); 9- Ignorado	
ÁLCOOL: <input type="checkbox"/>	
MEDICAMENTO(S): <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
DROGA(S) DE ABUSO: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
A examinada relatou que houve redução do nível de consciência durante o evento? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	
Atividades posteriores à agressão informada: 1- Sim 2- Não 9- Não se aplica 9- Ignorado	
<input type="checkbox"/> Trocou de roupa <input type="checkbox"/> Tomou banho <input type="checkbox"/> Fez ducha vaginal <input type="checkbox"/> Evacuiu <input type="checkbox"/> Realizou higienização oral	
Última relação sexual consentida há cerca de _____ dias	
Histórico médico de relevância: (doenças, cirurgias, etc.) G__P__v__oA__ (___ filhos vivos) MAC: _____ IG (1º us em ___/___/___ de ___ s d segundo ___) = ___ s d <small>Cartão: 1 Nome de Clínica - se não há</small> IG (DUM= ___/___/___) = ___ s d, Cílios: <input type="checkbox"/> reg ___ d <input type="checkbox"/> irreg; fluxo ___ d <input type="checkbox"/> Negar demais queixas, comorbidades, uso/abuso de medicamentos, transfusões ou gdes cirurgias	
Descrição do exame físico (exceto região ano-genital): PA=___/___ FC=___ FR=___ Tax=___ corada, hidratada, acianótica, anictérica <input type="checkbox"/> S/ lesões ao exame	
Descrição do exame físico da região ano-genital:	
Preencher de exame no sexo feminino Tanner (vide verso): M_P_: Fúrcula Vulvar: <input type="checkbox"/> -s/lesões <input type="checkbox"/> -c/ _____ Gdes Lábios: <input type="checkbox"/> -s/lesões <input type="checkbox"/> -c/ _____ Peq. Lábios: <input type="checkbox"/> -s/lesões <input type="checkbox"/> -c/ _____ Hímen (axialmente c/ x): <input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> e c/ entalhe(s) às ___/___/___ h <input type="checkbox"/> Comprimente (o e hímen íntegro que, pela direção do dedo, permite a penetração profunda sem ruptura de borda) <input type="checkbox"/> Roto (bordas: <input type="checkbox"/> sangrantes/equmóticas; <input type="checkbox"/> cicatrizadas) às: _____ <input type="checkbox"/> 1h <input type="checkbox"/> 2h <input type="checkbox"/> 3h <input type="checkbox"/> 4h <input type="checkbox"/> 5h <input type="checkbox"/> 6h <input type="checkbox"/> 7h <input type="checkbox"/> 8h <input type="checkbox"/> 9h <input type="checkbox"/> 10h <input type="checkbox"/> 11h <input type="checkbox"/> 12h <input type="checkbox"/> Carúnculas Mitriformes <input type="checkbox"/> Ausente (atrofia) Exame especular (<input type="checkbox"/> não realizado): _____ Secreção vaginal: _____ Toque vaginal: Útero <input type="checkbox"/> AVF <input type="checkbox"/> intermediário <input type="checkbox"/> retrovertido Tam. Uterino: <input type="checkbox"/> -Ginec. <input type="checkbox"/> -Aum. Intrapelv. <input type="checkbox"/> -Aum. Extrapelv. Colo: (<input type="checkbox"/> Ginecológico) _____	Preencher de exame no sexo masculino Tanner (vide verso): G_P Prepúcio: <input type="checkbox"/> não retrátil <input type="checkbox"/> retrátil <input type="checkbox"/> s/lesão <input type="checkbox"/> -c/ _____ Glânde: <input type="checkbox"/> não exibível <input type="checkbox"/> exibível <input type="checkbox"/> s/lesão <input type="checkbox"/> -c/ _____ Sulco balanoprepucial: <input type="checkbox"/> não exibível <input type="checkbox"/> exibível (<input type="checkbox"/> s/resíduos; <input type="checkbox"/> c/resíduos) _____ <input type="checkbox"/> s/lesões <input type="checkbox"/> -c/ _____ Expressão Uretral: <input type="checkbox"/> s/secreções <input type="checkbox"/> -c/secreções _____ <input type="checkbox"/> -outras lesões penís: _____ Escroto: <input type="checkbox"/> -s/lesões <input type="checkbox"/> -c/ _____ <input type="checkbox"/> -varicocele <input type="checkbox"/> -hidrocele Testículos: <input type="checkbox"/> -na bolsa <input type="checkbox"/> -c/cribróida
<input type="checkbox"/> S/ lesões ao exame	
Salvar COMPLEMENTAR	Resp. registro: _____ / _____ PAHVVS - Pág. 34.

Figura 6 – “Ficha Complementar” versão 2016 (segunda página)

CLASSIFICAÇÃO DE TANNER – ESTÁGIOS DA PUBERDADE

FEMININO		MASCULINO	
PI	PI	PI	PI
M1 - Pele praticamente lisa (irradiação da normalidade)	P1 - Pele já acinzentada (já há pigmentação)	D1 - Pele acinzentada (pré-ado)	F1 - Pele praticamente lisa (já há pigmentação)
M2 - Menstruação em fase de início (irradiação da normalidade e início como pequenas manchas)	P2 - Presença de pelos longos, escuros, ligeiramente pigmentados, ao longo das grandes nádegas	D2 - Aumento do diâmetro do pênis e do glândula, sem aumento do comprimento	F2 - Presença de pelos longos, escuros, ligeiramente pigmentados, na base do pênis
M3 - Aumento da espessura da pele, sem separação da camada da pele	P3 - Pelos mais escuros, densos, sobre o púbis	D3 - Curva leve para cima do pênis, totalmente lisa na abertura	F3 - Pelos mais escuros, densos, sobre o púbis
M4 - Projeção da areola e do mamilo para fora; mamilo visivelmente aumentado por causa da carne	P4 - Pelos tipo adulto, mas a área inferior é consideravelmente menor	D4 - Aumento do diâmetro do pênis e do glândula, crescimento das testículos e espermatozóides, seja pelo aumento	F4 - Pelos tipo adulto, mas a área inferior é consideravelmente menor que no adulto
M5 - Pele adulta, com espessura normal da pele	P5 - Pelos tipo adulto, cobrindo todo o púbis e a virilha	D5 - Tipo adulto	F5 - Tipo adulto, incluindo a área inferior das nádegas

Como utilizar o procedimento ROT DE RO TANA:
PARA O MÉDICO (ob): - exame físico complementar; - exame físico masculino:
 1- Receber o envelope fechado contendo a "autorização do coléu" preenchida e assinada e a folha para retirar o conteúdo.
 2- Receber (ou) paciente, proceder à anamnese dirigida e preencher devidamente os formulários.
 3- Inspeccionar as regiões infra-púbica, e especificamente as relações com o aparelho.
 4- Introduzir dois suabes diretamente na cavidade anal, com movimentos giratórios junto à mucosa interna, lateralmente, no sentido basal e o condicionar os suabes no envelope "rot".
 5- Verificar a portada suabe para a tela subaparelhada, pegar um palito agulha no algodão do suabe (recolhendo a ponta do algodão) e apertar a ponta do palito (a cor: algodão adensado sob o tubo unguetal oposto, ao final gira novamente a ponta do palito com algodão impregnado por fricção subaparelhada no suabe original, retornando a portada do algodão retratado. Proceder de tal forma para cada suabe, evitando sempre o esmagar de tocar a ponta do suabe ou do palito no qual será recolhido o material. Inserir os dois suabes no respectivo envelope "subaparelhado".
 6- No caso de coléu em outro local, umedecer dois suabes com água e álcool e deslizar sobre áreas corpóreas alvo, com acondicionamento dos dois suabes no envelope assinalado como "outro local", indicando o local de coléu (ex.: - mamas).
 7- Inspeccionar o pênis, incluindo VAINA / "es coto" e região perianal.
 8- Retirar os grandes lábios, para visualizar adequadamente o introito vaginal e o hímen / retrair o prepúcio / ser: busca de vestígios.
 9- Passar o álcool vaginal? nos casos indicados.
 10- Introduzir diretamente dois suabes na vagina até o fundo do saco / no prepúcio / com rotação suave e contínuo no sentido do sentido "rot", acondicionando os dois suabes no envelope "genital".
 11- Com os dois suabes acondicionados com água e álcool, tocar a região perianal, com movimentos giratórios, sem pressionar a pele, deslizando sobre a lâmina "rot", e colocar os dois suabes no envelope assinalado "perianal".
 12- Fechar o envelope com as lâminas usadas, retirar a fita de proteção do adesivo duplo-face e ler o local apropriado (parte externa do envelope para, oposta a área de abertura). Não virar e sentilhado de abalo (vale) é para uso exclusivo do Laboratório de Análise Patológica do IM-SP.
 13- Fechar todos os envelopes de suabes utilizados, retirando a fita de proteção do adesivo duplo-face e dobrando a abas nos locais assinalados.
 14- Ligar as etiquetas de identificação para os kits a serem.
 15- Inserir os envelopes com suabes coletados e a "autorização de coléu" no interior do envelope para e fechado e por retrato da fita de proteção do adesivo duplo-face e dobrando a abas nos locais assinalados. Os suabes e os envelopes não usados, assim como as etiquetas não utilizadas, devem ser colocados no interior do envelope plástico fornecido, externamente ao plano.
 16- Completar o registro das informações nos campos apropriados do envelope para, e assinando com um "R" a caixa de seleção "Etapa 1" e incluir o envelope para no envelope plástico fornecido.
 17- Entregar para o (p) paciente o "termo de coléu" orientando sobre a necessidade de entrega do mesmo a autoridade policial quando a realização da representação criminal.
 18- Lacerar o envelope plástico fornecido dentro da instrução no verso.
 19- Terminar o preenchimento dos formulários e imprimir os dados no envelope plástico fornecido.
 20- Preencher o kit de rotina utilizado para o funcionamento administrativo do setor, para ser acondicionado em local seco e sob temperatura ambiente.

Para coleta de MATÉRIAS ANALÍTICAS:
 1- Em caso de coléu do fúdo para análise toxicológica ou alcoólica, peça o kit apropriado (contingente fornecido - veja as instruções no mesmo antes de abrir) e o funcionamento administrativo do setor, identificando cada frasco / tubo com as etiquetas apropriadas fornecidas no kit de rotina.
 2- Para exame toxicológico, peça o coléu de rotina (número 20 ml, no pote plástico padrão) e sangue (necessário no 5 tubos de EDTA - 4ml, em cada - hematócrito).
 3- Para exame de alcoolemia, peça a coléu de do sangue (necessário 1 tubo de fluoreto - 4ml, - tempo curto).
 4- Em caso de recolhimento de vestígios com suporte impregnado de material biológico, peça o kit apropriado (contingente fornecido - veja as instruções no mesmo antes de abrir) ao funcionamento administrativo do setor (identificando o envelope para com a etiqueta apropriada fornecida no kit de rotina).
 5- Em caso de recolhimento de produto de contato humano nos casos de aborto por tubo no art. 123 inciso I do Decreto L. nº 2009/1940 (Código Penal), peça o kit apropriado (contingente fornecido - veja as instruções no mesmo antes de abrir) ao funcionamento administrativo do setor, identificando o saco plástico fornecido com a etiqueta apropriada fornecida no kit de rotina.

As mudanças na “ficha complementar” foram feitas a fim enquadrá-la na nova ficha do SINAN (versão 2015), simplificar o formato e as perguntas para não haver redundância nas duas fichas, além de adaptá-la para casos de violência sexual contra o sexo masculino. Já nas inovações no “kit”, prezou-se a proteção a violações durante todas as etapas do uso e transporte, para que a cadeia de custódia fique intacta. Além disso, foi criado um Termo de Ciência de Coleta de Material Biológico e Disponibilidade de Registros para Laudo Indireto (figura 7) que visa tanto informar a vítima sobre os próximos passos legais que ela deve dar após o atendimento hospitalar, quanto informar o delegado de polícia que já houve a coleta de material biológico daquela vítima no hospital. O Termo de Autorização de Coleta de Amostra Biológica (figura 8) também foi modificado, passando a chamar Termo de Autorização para Coleta e Utilização de Registros Clínicos e/ou Material Biológico.

Figura 7 – Termo de Ciência de Coleta de Material Biológico e Disponibilidade de Registros para Laudo Indireto

V - identificação e orientação às vítimas sobre a existência de serviços de referência para atendimento às vítimas de violência e de unidades do sistema de garantia de direitos;

POLÍCIA CIVIL MINAS GERAIS

PROTOCOLO DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

PHAVVS ENV. N.º _____

COLE AQUI ETIQUETA-VINCULO DO KIT PADRÃO

TERMO DE CIÊNCIA DE COLETA DE MATERIAL BIOLÓGICO E DISPONIBILIDADE DE REGISTROS PARA LAUDO INDIRETO

Nome da pessoa examinada: _____

Exmo(a). Doutor(a). Delegado(a) de Polícia,

Esclareço que a pessoa acima foi esclarecida das informações no verso deste e atendida neste serviço e nesta data, realizando-se os procedimentos do PHAVVS julgados pertinentes pelo médico subscrevente.

RG: _____

Assinatura da pessoa examinada _____

RG: _____

Assinatura da(o) representante legal _____

* A coleta da impressão digital ao lado fica reservada para os casos que a pessoa examinada não porte documentação oficial com foto.

Listagem do Material colhido:

-lâmina genital -lâmina perianal

-suabes orais -suabes genitais -suabes perianais

-suabes subungueais -suabes "outro local": _____

-vestes (especificar e n.º do envelope): _____

-urina 20mL->toxicológico/ -sangue 5tb (tampa roxa)->toxicológico } Env. n.º: _____

-sangue 1tb (tampa cinza)->alcoolemia

Instituição Responsável pela Coleta: _____

_____, ____ de _____ de 20____

Assinatura e CRM do médico responsável _____ Mod. mar /16

Área de fixação do carbono
Fita dupla face média
Área de aderência entre as porções brancas da folha

INFORMAÇÕES À PESSOA ATENDIDA PELO PHAVVS:

O MATERIAL COLHIDO NO SEU ATENDIMENTO HOSPITALAR SOMENTE SERÁ ANALIZADO APÓS VOCE IR A DELEGACIA PARA FAZER A REPRESENTAÇÃO CRIMINAL ("QUEIXA")

- 1) O exame pericial será realizado após requisição pela autoridade policial, a qual será expedida somente após representação criminal pela pessoa que se declara vítima de crime de ação penal pública condicionada.
- 2) Nos crimes de ação penal pública incondicionada (por exemplo: estupro de vulnerável) a requisição de exame pericial será realizada após aceite (pela autoridade policial) da ocorrência (REDS) que deverá ser solicitada pela instituição (por acionamento da PMMG ou Conselho Tutelar) se ainda não registrada.
- 3) O aumento do tempo decorrido entre a coleta do material e a sua análise laboratorial poderá determinar prejuízos na qualidade dos resultados.

RECOMENDA-SE, PORTANTO:

1- Realizar o registro do evento de defesa social (REDS = Boletim de Ocorrência)	2- Ir à Delegacia levando este impresso para a representação (favor ligar 197 para maiores informações)	3- Manter acompanhamento ambulatorial no Serviço de Saúde que iniciou o atendimento a este evento
--	---	---

Desagrar aqui após o preenchimento (para retirada do carbono). Vide verso.

Fonte: BUZATTI, 2016

Figura 8 – Termo de Autorização para Coleta e Utilização de Registros Clínicos e/ou Material Biológico

POLÍCIA CIVIL MINAS GERAIS
PROTOCOLO DE HUMANIZAÇÃO
 DO ATENDIMENTO À VÍTIMA
 DE VIOLÊNCIA SEXUAL

PHAVVS/Env.nº
**COLE AQUI
 ETIQUETA-VINCULO
 DO KIT PADRÃO**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA E UTILIZAÇÃO DE
 REGISTROS CLÍNICOS E/OU MATERIAL BIOLÓGICO**
 (com efeitos de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)

Nome da pessoa examinada: _____

Autorizo a coleta de informações (e envio para confecção de laudo pericial) e dos materiais biológicos (para pesquisa de contato venéreo e comparação genética-DNA), bem como a sua utilização pela Polícia Civil do Estado de Minas Gerais.

RG: _____

Assinatura da pessoa examinada _____

RG: _____

Assinatura da(o) representante legal _____

* A coleta da impressão digital ao lado fica reservada para os casos que a pessoa examinada não porte documentação oficial com foto.

Listagem do Material colhido:

-lâmina genital -lâmina perianal

-suabes orais -suabes genitais -suabes perianais

-suabes subungueais -suabes "outro local": _____

-vestes (especificar e nº do envelope): _____

-urina 20mL->toxicológico/ -sangue 5tb (tampa roxa) ->toxicológico } Env. nº: _____

-sangue 1tb (tampa cinza) ->alcoolemia

Instituição Responsável pela Coleta: _____

_____ de _____ de 20____

Assinatura e CRM do médico responsável Mod. mar /16

Este conjunto é o Modelo 01 versão 2.0 (mar/2016) foi entregue lacrado e contém:

- Um Termo de Autorização para Coleta e Utilização de Registros Clínicos e/ou Material Biológico (IML-BH mar/2016);
- Um Termo de Ciência de Coleta de Material Biológico e Disponibilidade de Registros para Laudo Indireto - o verso contém informações a pessoa atendida pelo PHAVVS;
- Uma Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal (SINAN – SVS 06.11.2014);
- Uma Ficha Complementar às Informações da Notificação ao SINAN (IML-BH mar/2016) - o verso contém informações ao médico examinador;
- Um porta-lâminas com 02 (duas) lâminas (G – alusivo a genital; P – alusivo a perianal) para esfregaços a fresco;
- Dez suabes individuais em embalagens seladas;
- Uma ampola de 10mL de água estéril para umedecimento dos suabes perianais, subungueais e outros locais;
- Dois palitos em embalagens individuais para coleta de raspado subungueal para impregnação nos respectivos suabes;
- Cinco envelopes para acondicionamento de suabes;
- Um envelope pardo para acondicionamento dos suabes no interior e as lâminas na parte externa;
- Um envelope plástico fenestrado para lacrar o conteúdo colhido.

Checklist do procedimento:

PARA A ENFERMAGEM:

- 1- Orientar a(o) paciente sobre o exame e solicitar assinatura para "autorização de coleta".
- 2- Em caso de recusa, **não utilizar este Kit**
- 3- Encaminhar a(o) paciente para o atendimento médico, colhendo a assinatura do(a) mesmo(a) junto a autorização de coleta quando na entrega do kit.

PARA O(A) MÉDICO(A):

- 4- Receber o envelope fechado, contendo a "autorização de coleta" preenchida e assinada (assiná-la também) e abri-lo para conferir o conteúdo.
- 5- Receber o(a) paciente, proceder à anamnese dirigida e preencher devidamente os formulários.
- 6- As lâminas com esfregaço deverão ficar **no estojo (aderi-lo a parte externa do envelope pardo)**. Insira os envelopes com **suabes colhidos no envelope pardo** e lacrá-lo. Preencher os dados externos (e assinalar Etapa 1) e inserir o envelope pardo no envelope plástico, lacrando-o como indicado.
- 7- Terminar o preenchimento dos formulários e anexá-los externamente ao envelope-lacre.
- 8- Passar para o funcionário administrativo do setor.

PARA O(A) FUNCIONÁRIO(A) ADMINISTRATIVO(A) DO SETOR:

- 9- Providenciar cópias **legíveis** dos formulários, sendo que uma via fique no prontuário:

A) Para o SINAN - uma via (frente e verso) da ficha de notificação computada.
 B) Para o IML - uma via de cada formulário.

Polígar Direito*

Retire a proteção do adesivo e abra o "Termo de Autorização" no local indicado do envelope pardo

Retire a proteção do adesivo e abra o "Termo de Autorização" no local indicado do envelope pardo

Destaque aqui após o preenchimento para retirada do carbono. Vide verso.

Fonte: BUZATTI, 2016

Atualmente existem três “kits” que são distribuídos nos Hospitais de Referência, um “Kit de Rotina”, e dois kits adicionais, sendo um para vestes e outro para toxicologia/PCH. O “Kit de Rotina” (figura 9) tem os mesmos moldes dos anteriores, ou seja, é utilizado para a coleta de vestígios com *swabs*. Ele é composto por:

- 1 (um) envelope pardo fenestrado
- 1 (um) envelope plástico fenestrado com duplo lacre numerado;
- 1 (um) frasco de água destilada;
- 5 (cinco) envelopes de cor branca para acondicionamento de dois *swabs* cada depois de colhido o material genético;
- 1 (um) porta lâminas com capacidade para duas lâminas, paralelas, de modo a facilitar o acondicionamento dentro dos envelopes;
- 2 (duas) lâminas de vidro para microscopia acondicionadas no porta lâminas, convencionais, com borda em superfície áspera possibilitando escrita, sendo uma das lâminas identificadas com a inscrição “P” (perianal) e a outra com inscrição “G” (genital);

- 10 (dez) unidades individuais de *swabs* de algodão estéril, acondicionados em embalagem de papel, de haste de 15 centímetros de extensão, cor branca;
- 4 (quatro) folhas de papel, contendo a ficha do SINAN, a Ficha Complementar desenvolvida no ano de 2016, o Termo de Autorização para Coleta e Utilização de Registros Clínicos e/ou Material Biológico, e o Termo de Ciência de Coleta de Material Biológico e Disponibilidade de Registros para Laudo Indireto;
- 18 (dezoito) “etiquetas-vínculos” que devem ser coladas em cada etapa do procedimento, contendo numeração própria do kit (individualizado cada material como pertencente a cada kit), além da inscrição “PHAVVS / IML” e códigos dos procedimentos a serem feitos.

Figura 9 – “Kit de Rotina” para coleta de vestígios nos Hospitais de Referência (versão 2016)



Fonte: BUZATTI, 2016.

O Kit Adicional – Vestes (figura 10) é utilizado quando há a presença de vestes com possibilidade de material genético do agressor e é composto por um papel de orientações

do “kit” e dois envelopes, sendo um envelope plástico fenestrado com duplo lacre numerado e outro pardo, também fenestrado, contendo em seu interior um saco de seda virgem. Já o Kit Adicional – Toxicologia/ PCH (figura 11) é utilizado para coleta de urina e sangue para exame toxicológico e para alcoolemia ou para comprovação de gravidez (produto da concepção humana – PCH), e é composto por:

- 1 (um) envelope plástico com duplo lacre numerado;
- 1 (um) saco plástico com adesivo de dupla vedação para acondicionamento de vestígios com potencial de vazamento;
- 1 (um) coletor universal em embalagem individual para acondicionamento de urina para exame toxicológico;
- 5 (cinco) tubos de tampa roxa para acondicionamento a vácuo de sangue coletado para exame toxicológico;
- 1 (um) tubo de tampa cinza para acondicionamento a vácuo de sangue coletado para exame de alcoolemia;
- 1 (uma) folha de orientações para uso do kit.

Figura 10 – Kit Adicional - Vestes



Fonte: BUZATTI, 2016.

Figura 11 – Kit Adicional – Toxicologia/ PCH



Fonte: BUZATTI, 2016.

Todos estes kits são montados no próprio IML de Belo Horizonte por médicos do setor de Sexologia juntamente com estagiárias. Os materiais para composição dos kits são adquiridos com verbas do Governo do Estado via Polícia Civil, mas especificamente pela Superintendência de Polícia Técnico-Científica (SPTC), além de recursos parlamentares vindos de Deputados Estaduais sensibilizados com o projeto.

5.2 Comitê Estadual de Gestão do Atendimento Humanizado às Vítimas de Violência Sexual – CEAHVIS

O Comitê Estadual de Gestão do Atendimento Humanizado às Vítimas de Violência Sexual – CEAHVIS foi criado pelo Decreto nº 46.242, de 15 de maio de 2013, e alterado pelo Decreto nº 47.014 de 20 de junho de 2016, para que fossem executados os objetivos previstos no art. 3º do mesmo Decreto. O artigo em questão faz referência aos propósitos que devem ser buscados num atendimento humanizado às vítimas de violência sexual no Estado de Minas Gerais, sendo eles: prestar assistência adequada às vítimas de

violência sexual; orientar tais vítimas no reestabelecimento dos direitos violados; promover a coleta adequada de vestígios, evidências e provas que possam compor a Cadeia de Custódia; e impossibilitar a revitimização dessas vítimas (MINAS GERAIS, 2013).

O CEAHVIS é subordinado administrativamente à Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania – SEDPAC e é formado por membros de quatro Secretarias de Estado (Desenvolvimento Social – SEDESE, Defesa Social – SEDS⁷, Saúde – SES e Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania - SEDPAC), Polícia Civil – PCMG e Polícia Militar – PMMG. Cada uma desses órgãos tem direito a uma cadeira no Comitê, exceto a Polícia Civil e a SEDPAC. O primeiro tem quatro servidores no CEAHVIS, sendo cada um vinculado a um departamento dentro deste órgão: Instituto Médico Legal - IML, Delegacia Especializada de Proteção à Criança e ao Adolescente - DEPCA, Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher – DEAM e Academia de Polícia Civil – ACADEPOL. Já o segundo tem duas cadeiras, sendo elas, atualmente, da Coordenadoria Especial de Política Pró-Criança e Adolescente – CEPCAD e da Subsecretaria de Políticas para Mulheres – SPM. O Ministério Público Estadual e o Poder Judiciário também poderão designar um representante para integrar o Comitê mediante ato do Procurador-Geral de Justiça e Presidente do Tribunal de Justiça, respectivamente (MINAS GERAIS, 2013; 2016).

Dentre as competências do CEAHVIS dispostas no art. 6º do Decreto nº 46.242/13 estão:

- I – promover a aplicação e o desenvolvimento das ações que integram o atendimento humanizado, resguardada a igualdade de direitos e oportunidades das vítimas de violência sexual;
- II – estabelecer cronograma de atividades com atribuições, responsabilidades e prazos definidos por deliberação do Comitê;
- II – realizar reuniões mensais para acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações;
- IV – emitir e publicar semestralmente relatório de acompanhamento com indicadores qualitativos e quantitativos das ações propostas, buscando atingir as metas e resultados definidos e identificar restrições

⁷ A Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais foi substituída pelas pastas da Segurança Pública e da Administração Prisional em 2016.

e dificuldades para a execução e a eficácia na aplicação de melhores práticas na gestão do atendimento às vítimas de violência sexual;

V – emitir orientações gerais para o funcionamento dos Centros de Referência de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual;

VI – definir normas gerais sobre a organização e a metodologia do atendimento humanizado das vítimas de violência sexual.

Como previsto no inciso IV do artigo 6º do Decreto, é necessário a publicação de relatório de acompanhamento das ações propostas no CEAHVIS. No que tange às atividades do Comitê no ano de 2016, foi publicado um Relatório de Atividades com todas as ações desenvolvidas pelo mesmo no ano em questão. Reuniões ordinárias foram realizadas durante todo ano, como previsto no inciso II do art. 6º do Decreto, excetuando-se o mês de julho. O objetivo geral dessas reuniões foi viabilizar a implementação do Protocolo de Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, dessa forma, as pautas das mesmas focalizaram tal objetivo, como por exemplo a capacitação dos centros de referência no atendimento humanizado, simpósio e seminário sobre o assunto, fluxograma de atendimento às vítimas de violência sexual do Estado de Minas Gerais, entre outras pautas (MINAS GERAIS, 2016).

Além de tais reuniões foram formados grupos de trabalho para lidar com três diferentes temas:

a) Simpósio Avanços no Enfrentamento da Violência Sexual: visou a definição da logística para a realização do mesmo e o apoio na elaboração da Carta de Minas Gerais;

b) Formação dos médicos legistas: objetivou a elaboração de proposta para realização de capacitações de médicos legistas e de médicos dos Hospitais de Referência do Estado, além da revisão dos materiais didáticos e a definição das datas e locais dos eventos;

c) Revisão do Decreto de criação do CEAHVIS: com a criação da SEDPAC foi necessária a alteração de alguns pontos do Decreto nº 46.242/13, o que foi feito com a publicação do Decreto nº 47.014/16, incluindo a SEDPAC e alterando outras questões pertinentes.

Ainda houve em 2016 alguns eventos em que o CEAHVIS atuou como parceiro ou organizador, como a capacitação “Atendimento Humanizado às pessoas em situação de violência sexual – Macrorregião Sul da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais”

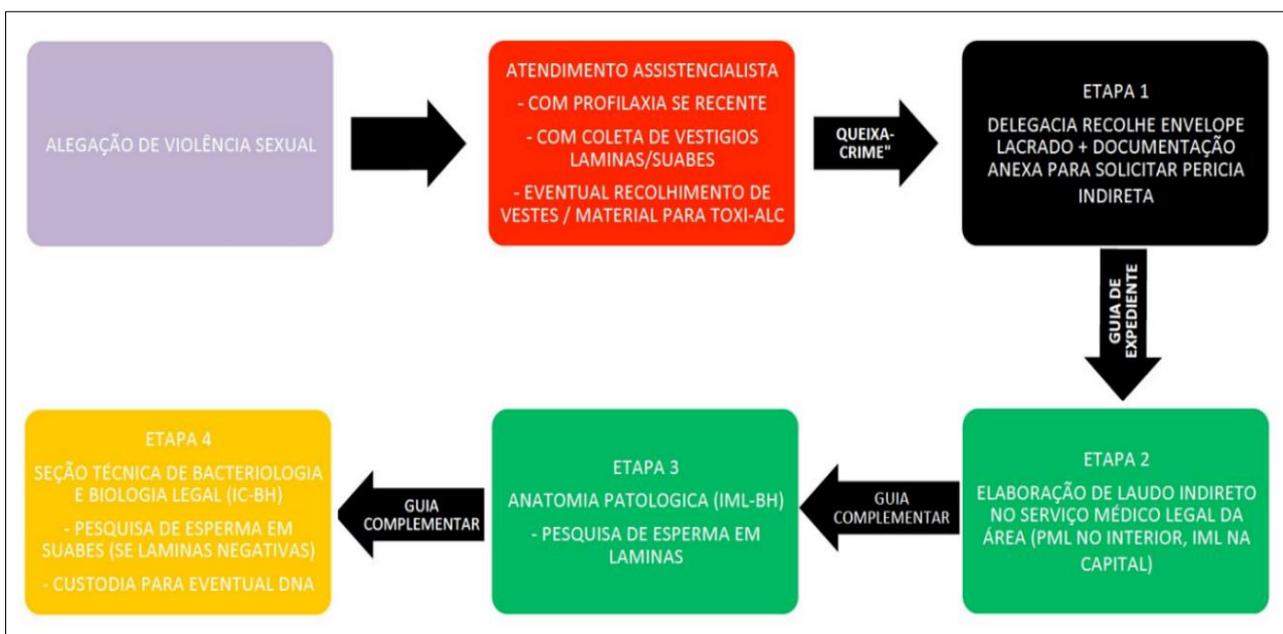
realizada no mês de abril em Pouso Alegre; a Oficina de Comunicação e Mídia para profissionais que atuam na atenção a mulheres e meninas em situação de violência doméstica e sexual, nos dias 16 e 17 de maio; o Workshop “O enfrentamento à violência sexual e à cultura do estupro” em 22 de junho; além do Simpósio “Avanços no Enfrentamento da Violência Sexual”, realizado em 8 de julho no auditório da Procuradoria-Geral de Justiça (MINAS GERAIS, 2016).

Outras duas elaborações foram feitas, sendo elas a “Carta de Minas Gerais pela ampliação do atendimento à pessoa em situação de violência sexual”, que foi assinada por todos os participantes no Simpósio realizado em julho e encaminhada a alguns órgãos federais e estaduais; e a revisão dos Fluxos de Atendimento às vítimas de violência sexual do Estado de Minas Gerais (figuras 11 e 12) (MINAS GERAIS, 2016).

5.3 Situação Atual

De acordo com o médico legista Dr. Marcelo Buzatti, que em maio de 2017 era coordenador do setor de sexologia do IML/BH, o fluxo abaixo seria o ideal para a ideia do Protocolo após a implantação da cadeia de custódia:

Figura 12 – Fluxo do Protocolo após a implantação da Cadeia de Custódia



Fonte: BUZATTI, 2016.

Todas as etapas desse fluxo realmente ocorrem, mas existem algumas peculiaridades em algumas delas. Na etapa 1, as delegacias responsáveis pelo recolhimento do kit nos hospitais são na verdade Postos Médicos Legais ou o próprio IML, que representam as delegacias. No caso de Belo Horizonte, o IML representa a Delegacia Especializada de Proteção à Criança e ao Adolescente (DEPCA), a Divisão de Polícia Especializada da Mulher do Idoso e do Deficiente, e outras delegacias que eventualmente façam algum tipo de atendimento às vítimas de violência sexual. Atualmente, depois da coleta de material biológico nos hospitais, o recolhimento dos envelopes lacrados e a documentação anexa para armazenamento é feito por servidores da própria área de sexologia forense do IML, inclusive era o próprio Dr. Marcelo Buzatti que fazia esse recolhimento nos hospitais na época que o entrevistei (maio de 2017). A solicitação da perícia indireta deve ser feita pelo delegado que está conduzindo a investigação do inquérito e ela é feita no próprio sistema PCnet. O laudo indireto também é feito dentro do próprio PCnet, ou seja, todas as conclusões sobre o material analisado já são colocadas dentro desse sistema, sem a necessidade de comparecimento do delegado ao IML ou vice-versa. O restante do fluxo acontece como na figura 12, por áreas específicas dentro do IML ou no Instituto de Criminalística da Polícia Civil (IC-BH).

No caso de Hospitais de Referência que atendem pelo Protocolo no interior do estado, ou mesmo os exames de corpo de delito realizados nos próprios Postos Médicos Legais do interior, o fluxo é um pouco mais extenso. Após a coleta do material genético das vítimas nos Hospitais de Referência, funcionários dos Postos Médicos Legais devem recolher os envelopes e a documentação, realizar o laudo indireto da parte cabível e enviar o restante do material do “kit” para análise para o IML de Belo Horizonte.

Em Belo Horizonte existem quatro hospitais de Referência que atendem de acordo com o Protocolo, os mesmos citados anteriormente: Hospital Júlia Kubitschek, Maternidade Odete Valadares, Hospital Odilon Behrens e Hospital das Clínicas da UFMG. No interior do Estado já foram capacitados hospitais em Conselheiro Lafaiete, Betim, Montes Claros, Pouso Alegre e Diamantina. O Dr. Marcelo Buzatti e o Dr. Thales, Chefe da Seção de Perícias no Vivo do IML, enfatizaram que mesmo sendo poucos os municípios capacitados, a ideia é expandir esse treinamento para os médicos legistas das regionais do estado, e eles multiplicarem o projeto em cada uma delas.

Quanto à institucionalização do Protocolo, existem ofícios e recomendações sobre o assunto, além do Memorando Conjunto nº 01/2013 que recomenda que os policiais encaminhem as vítimas de violência sexual para os quatro Hospitais de Referência de Belo Horizonte, além da Resolução Conjunta nº 14/2005 que cria a Comissão Técnica Interinstitucional para lidar com o assunto. Porém, nenhuma dessas documentações fala da existência do Protocolo e das atribuições de cada órgão envolvido para que ele funcione adequadamente. Segundo a delegada da DEPCA e integrante do CEAHVIS, Dra. Isabella Oliveira, em entrevista realizada em abril deste ano, um documento já está sendo redigido em conjunto com todos os atores envolvidos no Protocolo para formalizar todos os aspectos de funcionamento do mesmo. Porém, a publicação desse documento tende a demorar um pouco, uma vez que é necessário uma série de burocracias comuns no serviço público, como avais de chefias, de assessorias jurídicas e até do governador, uma vez que envolve mais de uma Secretaria de Estado.

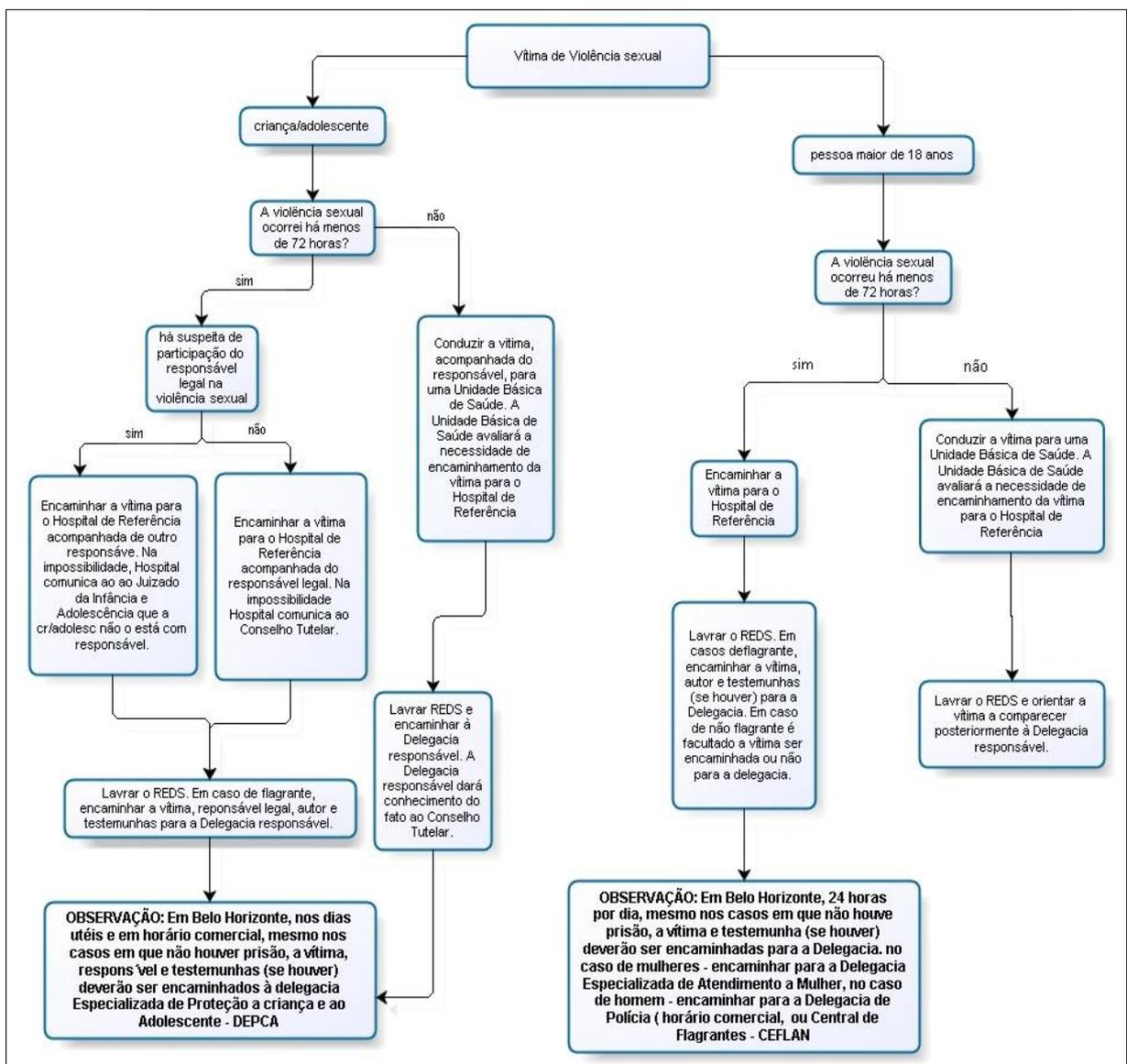
Devido a essa demora da institucionalização de todos os processos relacionados ao Protocolo, só existe um documento que recomende os policiais militares a encaminhar as vítimas de violência sexual para os Hospitais de Referência em Belo Horizonte, mas não existe uma recomendação do tipo para todo o estado. Isso não aconteceu ainda também pelo fato das capacitações e parcerias em hospitais do interior serem muito lentas, e somente algumas cidades terem sido capacitadas. Porém, segundo o Assessor de Direitos Humanos da Polícia Militar durante entrevista em abril do presente ano, existe um documento que está sendo redigido sobre a atuação que os policiais militares devem ter em relação às vítimas de violência sexual, contudo, este só será assinado e publicado quando todas os fluxos e hospitais de referência do estado tiverem sido definidos.

5.3.1 Fluxos de atendimento às vítimas de violência sexual

Como dito anteriormente, um crime de violência sexual pode ocorrer com qualquer pessoa e lugar. Devido a isso, uma vítima de violência sexual pode procurar a ajuda de diversos atores da sociedade, como a Polícia Militar, as próprias delegacias, os hospitais, os disque-denúncias, o Ministério Público e o Conselho Tutelar, o que faz com que existam variados fluxos para o direcionamento dessa vítima. Porém, foi feito um esforço dentro do CEAHVIS para que alguns fluxogramas do atendimento a essas vítimas ficassem prontos e,

posteriormente fossem divulgados os atores envolvidos no Protocolo e publicado em Resolução sobre o mesmo. No Relatório de Atividades do CEHAVIS de 2016 constam dois desses fluxogramas, quando a porta de entrada da vítima é a Polícia Militar (figura 13) e do atendimento da mesma nos hospitais (figura 14) (MINAS GERAIS, 2016).

Figura 13 – Fluxograma de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual do Estado de Minas Gerais – Porta de Entrada PMMG

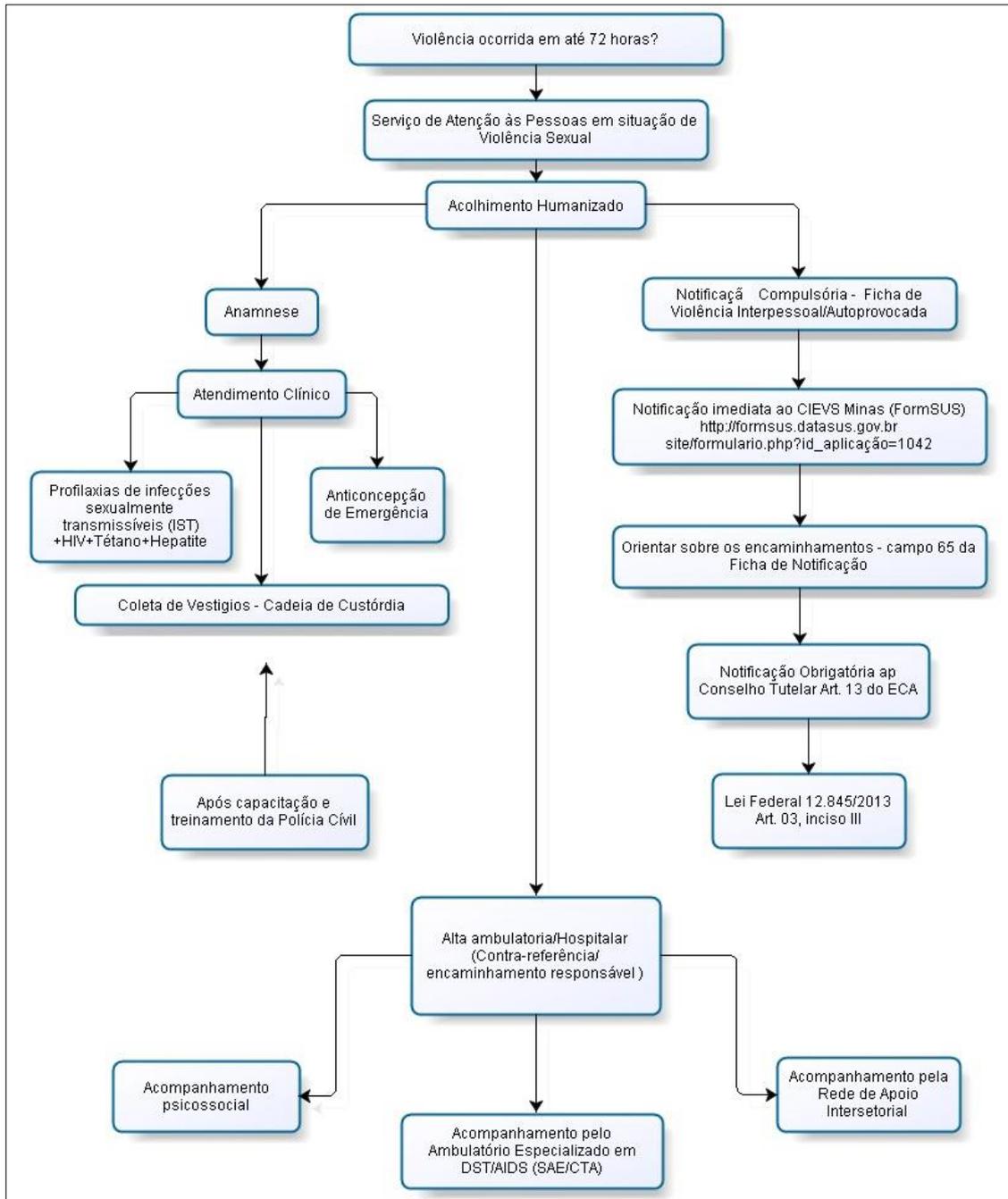


Fonte: MINAS GERAIS, 2016.

Como visto na figura acima, o encaminhamento para os hospitais de referência só é feito até 72 horas após a ocorrência da violência sexual, uma vez que até esse prazo as

chances de conseguir algum tipo de material do agressor são altas. Após 72 horas do ocorrido, as vítimas são encaminhadas para uma Unidade de Saúde, que avaliará a necessidade de direcionamento das mesmas para o Hospital de Referência. No caso dos Hospitais de Referência que atendem pelo Protocolo o fluxo de atendimento acontece segundo a figura 12 abaixo.

Figura 14 – Fluxograma de Atendimento em Saúde à Vítima de Violência Sexual



Fonte: MINAS GERAIS, 2016.

No fluxo da figura 13 existem algumas divergências do que foi explicitado pelo Assessor de Direitos Humanos da Polícia Militar. Segundo ele, quando a vítima de violência sexual aciona a Polícia Militar, o que acontece geralmente pelo Disque Denúncia (190), os policiais irão realizar todo o atendimento, como colocado na figura 13, somente em situação de flagrante; caso não seja flagrante, a central do Disque Denúncia irá passar todas as informações necessárias àquela vítima, como procurar uma delegacia e o atendimento médico. Isso ocorre uma vez que, de acordo com o parágrafo 5º do artigo 144 da Constituição da República (1988) cabe à Polícia Militar a polícia ostensiva e a preservação da ordem pública, ostensivo no sentido de assumir, para que a população a identifique numa situação de emergência. Dessa forma, a Polícia Militar não tem a incumbência de responder no pós-crime, uma vez que essa responsabilidade é da Polícia Civil.

No caso de a vítima procurar primeiramente a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher em Belo Horizonte, segundo a delegada titular da Delegacia Especializada de Combate à Violência Sexual (DECVS)⁸, o primeiro questionamento feito a ela quando da chegada à delegacia é o fato de ter procurado um atendimento médico ou não. Caso ela não tenha realizado esse atendimento, a mesma é encaminhada a algum Hospital de Referência. Esse encaminhamento só é feito com as viaturas da própria Polícia Civil quando a vítima está em estado debilitado ou outra situação em que necessita urgentemente de atendimento. Se a vítima chegar com algum policial militar, a recomendação é que o mesmo faça esse transporte para o hospital.

Caso a vítima já tenha procurado um hospital e feito todo o atendimento necessário e queira representar o crime, a ocorrência será registrada, a mesma irá relatar o crime em cartório, vai ser instaurado o inquérito policial, e a investigação começará. Se, porventura, vítima não queira procurar um hospital, se passaram dias da violência sexual, ou alguma outra situação que ainda necessite a realização do exame de corpo na vítima, a DEAM de Belo Horizonte possui um Posto Médico Legal no próprio prédio da delegacia com o atendimento pericial em horário comercial e por uma médica legista que também é ginecologista. Além disso, existe um convênio com algumas faculdades da cidade para a realização de atendimento psicológico por estagiárias dos cursos de psicologia às vítimas que necessitem no momento

⁸ Informações disponibilizadas em entrevista com a delegada titular da Delegacia Especializada de Combate à Violência Sexual em maio de 2017.

em que estiverem na delegacia. Vale lembrar que a DEAM em Belo Horizonte funciona 24 horas por dia, assim como o IML, dessa forma, se for necessária uma perícia urgente e o Posto Médico Legal da DEAM não estiver funcionando, o IML atende.

Quando é necessário que a vítima compareça ao IML para a realização do exame de corpo de delito, a mesma deve ter em mãos uma requisição de perícia disponibilizada pelo delegado de polícia no momento do atendimento na delegacia. O exame é realizado numa sala própria da sexologia forense (figuras 15 e 16), que, antigamente, não tinha um ambiente muito acolhedor. Com o início da ideia de humanização do atendimento às vítimas de violência sexual, essa sala foi pintada e reestruturada de uma forma mais acolhedora para a vítima. Como há muitos casos, ainda hoje, em que crianças necessitam de realizar o exame de delito no IML, brinquedos, bichos de pelúcia, e alguns outras distrações para as crianças foram providenciados com recurso dos próprios servidores do IML, para o desconforto dessa experiência fosse, pelo menor, minimizado. Além disso, há uma equipe de enfermagem 24 horas e uma equipe de psicologia no IML. Todos os exames são acompanhados pela equipe de enfermagem e, caso seja necessário um suporte psicológico à vítima para uma escuta mais qualificada, a equipe de psicologia é acionada⁹.

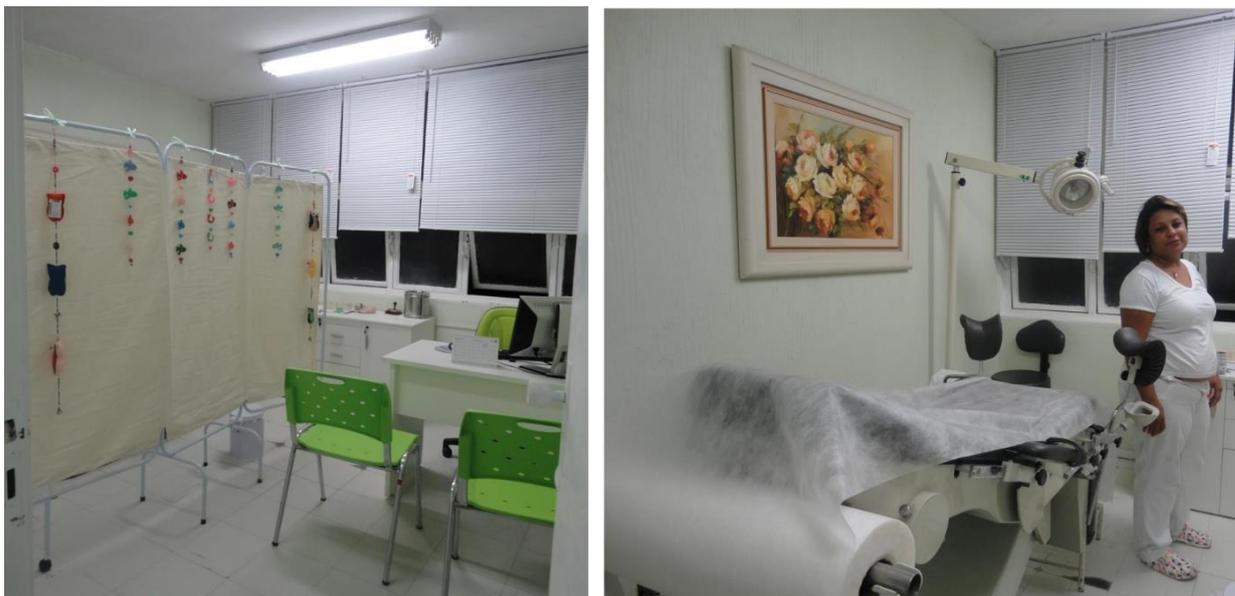
Figura 15 – Sala de Sexologia Forense do IML Belo Horizonte (sala de espera)



Fonte: BUZATTI, 2016.

⁹ Informações disponibilizadas pelo Dr. João Batista em entrevista realizada em abril de 2017.

Figura 16 – Sala de Sexologia Forense do IML Belo Horizonte (atendimento)



Fonte: BUZATTI, 2016.

No caso de crianças e adolescentes, as portas de entrada são variadas¹⁰, porém, a maioria dos casos que ocorrem na capital chega ao conhecimento da Delegacia Especializada de Proteção à Criança e ao Adolescente, única no estado. A notícia do crime chega a essa delegacia de diversas formas: denúncia anônima (disque 181, 180 ou 100), requisição judicial, requisição ministerial, notificação de outros órgãos da rede de proteção à criança e ao adolescente, condução pela Polícia Militar, notificações do conselho tutelar, unidade de saúde ou instituição de ensino, ou a própria vítima procura a delegacia. Visto que existem algumas peculiaridades no caso de violência sexual contra crianças e adolescentes como o fato da maioria dos casos ser de violência crônica ou de longa data, na maior parte das vezes a vítima já foi atendida em alguma unidade de saúde ou não é um caso de urgência em que a mesma necessita procurar um hospital imediatamente para realizar profilaxia, uma vez que não terá efeito significativo.

Além disso, outras peculiaridades devem ser levadas em conta nesse tipo de violência, como:

- a) falta de compreensão da criança sobre o ato sexual do qual foi vítima,

¹⁰ As informações a partir desse ponto do texto foram disponibilizadas pela Dra. Isabella Oliveira durante entrevista e pela consulta de arquivo produzido pela mesma e disponibilizado durante o Seminário: Capacitação no Protocolo de Humanização no Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, realizado em 2016 na Cidade Administrativa de Minas Gerais.

- b) grande lapso entre a data da ocorrência do fato e da notificação;
- c) dificuldade da vítima em verbalizar o ocorrido;
- d) sentimentos de medo, culpa, vergonha, ignorância e tolerância da vítima em relação ao abuso sofrido;
- e) relação entre vítima e agressor, que, via de regra, oferece coerção à vítima constantemente, já que faz parte da sua rotina;
- f) ausência de prova material;
- g) ausência de testemunha presencial;
- h) importância da palavra da vítima, que muitas vezes é a única prova.

Além disso, o fato da vítima ter que relatar a violência sofrida mais de uma vez, para várias pessoas estranhas para ela e, em certas vezes, para profissionais que tem um certo despreparo para lidar com a situação, podem potencializar o sofrimento daquela criança ou daquele adolescente.

Pensando em todos esses fatores, a Delegacia Especializada de Proteção à Criança e ao Adolescente criou um setor de escuta qualificada que é composto por duas analistas da Polícia Civil com formação em Psicologia e que todas as vítimas de violência sexual passam por esse setor. O atendimento feito por investigadores na recepção da delegacia visa registrar a ocorrência de forma mais superficial, dessa forma, os mesmos procuram ouvir mais o responsável legal nesse momento, deixando o relato da criança ou adolescente para as psicólogas no setor de escuta qualificada. O atendimento nesse setor é realizado com o uso de livros e brinquedos, proporcionando um ambiente lúdico onde a criança sinta-se à vontade para interagir e fazer espontaneamente seu relato sobre os fatos. Após o atendimento é produzido um relatório descritivo com o relato da vítima, sem juízo de valor das psicólogas ou qualquer conclusão sobre o relato, de forma que seja minimizada a possibilidade de que a vítima seja novamente intimada a prestar declarações, objetivando a não revitimização.

Após o relato da vítima, no caso em que a vítima não foi ao Hospital de Referência ou é um caso de violência crônica em que a medicação não vai mais fazer o efeito desejado, a vítima é encaminhada ao IML. Além disso, a ruptura do hímen na criança ou, dependendo da idade, no adolescente, é de extrema importância para o inquérito, uma vez que, como as mesmas não possuem vida sexual ativa, este fato torna-se um elemento muito forte

para a investigação. A ruptura do hímen, segundo o Dr. João Batista (2017), é um elemento muito delicado, e muitos médicos na correria do plantão em hospitais acabam tendo uma conclusão equivocada sobre o mesmo. Dessa forma, na maioria dos casos em que há a possibilidade de ruptura do hímen na vítima, a mesma é encaminhada para exame no IML, mesmo que já tenha realizado o atendimento anteriormente nos Hospitais de Referência. O transporte da vítima até o IML é feito assim como na DEAM, só é feito com as viaturas da própria Polícia Civil em horário comercial e quando a vítima está em estado debilitado ou outra situação em que a delegada entende que a mesma não tem condições de ir até o local da perícia.

Além disso, a maior parte das violações do direito da criança e do adolescente são praticadas por pessoas muito próximas, dessa forma, nos casos em que a vítima pode estar em risco estando com a família, a delegacia aciona o Conselho Tutelar para tomar as providências necessárias, ou seja, procurar uma família extensiva (avós, tios, outros familiares) que tenha condição de ficar com a criança e, somente em último caso, direciona essa vítima para algum abrigo.

Outro encaminhamento que é feito na DEPCA é o psicológico ou psiquiátrico nos casos em que a vítima estão numa situação de sofrimento psicológico grande. Quando ocorre isso, a delegacia encaminha para o Conselho Tutelar que aciona a rede de proteção à criança e ao adolescente, que irá direcionar a vítima para um atendimento psicológico. Algumas vezes a delegacia também faz contato com alguma faculdade que possui atendimento ambulatorial de psicologia para tentar uma assistência a essas vítimas.

5.4 Percepções dos atores envolvidos no atendimento à vítima de violência sexual

Durante as entrevistas realizadas com sete atores envolvidos no atendimento à vítima de violência sexual foram elencados alguns pontos sobre este atendimento e sobre o Protocolo que serão analisados nessa seção. Tais pontos são: o atendimento realizado pelos policiais que lidam com as vítimas de violência sexual; a estrutura das delegacias que atendem essas vítimas, do Instituto Médico Legal em Belo Horizonte e dos Postos Médicos Legais no interior do estado; questões institucionais do Protocolo; a opinião desses atores sobre o mesmo e, especificamente sobre a coleta de vestígios realizada nos Hospitais de Referência e, por fim, as melhorias sugeridas e críticas ao Protocolo.

Quanto ao atendimento realizado tanto pelos policiais civis quanto militares que lidam com as vítimas de violência sexual, na visão das três delegadas entrevistadas ele é satisfatório, uma vez que nunca presenciaram nenhum tipo de reclamação das vítimas ou algum tipo de ação da Corregedoria em relação ao mau atendimento. Elas alegam que os policiais civis que trabalham tanto na DEAM quanto na DEPCA gostam de trabalhar nas delegacias em questão. A delegada titular da Delegacia Especializada de Combate à Violência Sexual (DECVS) explicitou durante a entrevista que não existe nenhum tipo de qualificação específica dos policiais que trabalham na delegacia para lidar com esse tipo de vítima, mas que eles lidam com esse tipo de situação constantemente e sabem, pelo menos pela experiência, como tratar essas vítimas. Outra questão que esta delegada colocou como positivo foi o fato do número de mulheres nas duas polícias ter crescido bastante, o que dá certa segurança para a vítima mulher.

O Assessor de Direitos Humanos da Polícia Militar afirmou durante sua entrevista que todos os policiais militares que já fizeram ou estão fazendo o curso de formação da Polícia Militar, em qualquer nível da carreira, foram capacitados quanto a um atendimento humanizado às vítimas em geral, uma vez que todos os documentos doutrinários e a própria formação do policial é baseada em direitos humanos, com referências de práticas da ONU, do Conselho Nacional de Direitos Humanos, Protocolos e Tratados sobre o tema. Porém, mesmo estando capacitados para um bom atendimento vítima, ele não pode afirmar que todos empregam de forma correta tais ensinamentos, ou seja, atendem a vítima sem revitimá-la.

No que tange à estrutura das delegacias, todas as delegadas elencaram que a falta de pessoal é um ponto crítico na Polícia Civil como um todo. Tanto a delegada da DECVS e da DEPCA enfatizaram que a necessidade de pessoal na área de psicologia. No caso da DEPCA para aumentar o setor de escuta qualificada, que muitas vezes fica sobrecarregado, e no caso da DEAM como um todo, para a criação de uma equipe de psicólogos de plantão da própria Polícia Civil para realizar o atendimento das vítimas, o que não existe atualmente. Na questão da estrutura física as delegadas da DEAM apontaram que não é a ideal, mas que também não dificulta o trabalho. Já a delegada da DEPCA se mostrou bastante satisfeita com a infraestrutura física da delegacia.

Quanto à estrutura do IML, tanto o Chefe da Seção de Perícias no Vivo quanto o Dr. Marcelo Buzatti afirmaram que o Instituto está com uma dificuldade preocupante tanto de falta de espaço, de recursos humanos e de recursos materiais, o que prejudica a montagem, distribuição, acondicionamento e processamento dos kits vindos dos Hospitais de Referência. No caso do interior o problema é mais grave segundo o Dr. João Batista, uma vez que na maioria dos casos não há sala própria nos Postos Médicos Legais para realização do exame de corpo de delito, dependendo de parcerias para concessão de sala em algum serviço hospitalar da cidade e, no pior dos casos, o exame é realizado inapropriadamente dentro das delegacias. Vale ressaltar que devido a esses problemas estruturais, há uma demanda reprimida atualmente em relação à distribuição dos kits tanto do interior quanto nos Hospitais de Referência.

Em relação às questões institucionais do Protocolo, todos os entrevistados concordam que é necessária a formalização do mesmo, elencando as responsabilidades de cada órgão envolvido, os fluxos que devem ser seguidos pelos atores envolvidos e os hospitais de referência que as vítimas devem ser encaminhadas. Duas delegadas que fazem parte do CEAHVIS e o Chefe da Seção de Perícias no Vivo acreditam que a institucionalização do Protocolo não foi efetivada ainda uma vez que envolve a adesão de várias instituições, órgãos e recursos do Estado de Minas Gerais, o que são fatores complicados de serem compilados para que o tudo esteja acordado e o documento normativo seja publicado. Contudo, o Dr. Marcelo Buzatti e a delegada titular da DEPCA acreditam que o processo para tal institucionalização está seguindo um ritmo bom no CEAHVIS, e se depender dos integrantes do mesmo, o documento será formalizado em breve.

A opinião de todos os entrevistados foi bem parecida, de que o Protocolo é uma iniciativa fantástica e um avanço considerável no que diz respeito ao atendimento humanizado às vítimas em geral, com o mínimo de desgaste possível para elas, a diminuição da revitimização, com otimização do tempo e sem perda de elementos. Todavia, por se tratar de inúmeros atores, limitação de recursos e de um estado com muitos municípios como Minas Gerais, um longo caminho terá de ser percorrido para que o Protocolo chegue próximo do ideal. O Assessor de Direitos Humanos da Polícia Militar fez uma colocação bastante pertinente acerca do Protocolo em sua entrevista: já que no geral os resultados do sistema de segurança pública e judiciário brasileiro são tão baixos para a sociedade, pelo menos o atendimento à mesma deveria ser mais adequado e mais humanizado, porque, mesmo que o resultado desse

atendimento não seja, na maioria das vezes atingido, no mínimo a pessoa que foi atendida se sinta mais protegida pelo Estado.

A opinião acerca da coleta de vestígios feita nos Hospitais de Referência também foi bem uniforme: de que a coleta de material genético para mulheres funciona plenamente, e de uma forma que não prejudique a validação da prova material. Porém, quando se trata de crianças ou adolescentes, uma vez que existem particularidades nesses casos de violência sexual que geralmente não ocorrem com vítimas mulheres, alguns aspectos ficam a desejar, segundo a delegada da DEPCA. Um desses aspectos, que já foi citado anteriormente é o fato da análise da ruptura do hímen ser delicado e, que geram contradições entre médicos que não estão habituados com esse tipo de análise. Porém, uma conclusão equivocada sobre a ruptura ou não do hímen de uma criança pode gerar transtornos desagradáveis para a família da vítima. Outro aspecto é o caso das vítimas de violência sexual que procuram atendimento médico após 72 horas, e recomendação é que a mesma procure uma Unidade Básica de Saúde. Nesses casos, o encaminhamento do relatório médico para o IML demora bastante, o que para o inquérito não é muito interessante. Dessa forma, delegada relatou que em casos em que a profilaxia não será mais eficiente, é analisado cuidadosamente se o encaminhamento será para uma unidade de saúde ou para o IML.

Algumas melhorias e críticas foram destacadas por alguns dos entrevistados. O Dr. João Batista acredita que o Protocolo deveria ser simplificado, tanto o material quanto a coleta, para que não haja dificuldades para o médico plantonista e para que o material possa ser enviado pelo correio para o IML. Outro ponto que ele chamou atenção foi o atendimento dentro dos hospitais, visto que, segundo ele, existem muitos casos em que a vítima deseja somente a profilaxia, e acaba falando que foi vítima de violência sexual para ter um atendimento mais rápido. Dessa forma, deveria ter duas vias de atendimento nos hospitais, independente da razão da procura por cobertura sexual, o que não existe atualmente: uma para a vítima de violência sexual e outra para a pessoa que precisa somente da profilaxia, para que esses dois tipos de casos não se misturem. O Dr. João Batista ainda defendeu a criação de uma equipe de médicas legistas no IML que ficariam responsáveis pela realização dos laudos indiretos dos materiais que viessem dos hospitais ou dos PML's do interior, e do atendimento das vítimas de violência sexual que fossem encaminhadas ao IML para realização do exame direto de corpo de delito. Além dessas atribuições, essa equipe ainda ficaria responsável por dar suporte para os outros

atores que lidassem, de alguma forma, com a coleta de material das vítimas, sejam delegacias, médicos dos hospitais ou legistas PML's do interior. Seria uma espécie de "call center" da sexologia, funcionando de sobreaviso 24 horas por dia, com escalas de plantão distribuídas ao longo da semana para as médicas legistas, para solucionar qualquer dúvida que estes atores tivessem. O Chefe da Seção de Perícias no Vivo do IML também compartilha da mesma opinião que o Dr. João Batista quanto à necessidade dessa equipe de médicas legistas, tanto que está no processo de recrutamento dessas mulheres nos PML's do interior e no próprio IML para formar essa equipe e, posteriormente, desenvolver a ideia do "call center".

O Assessor de Direitos Humanos da Polícia Militar assim como a delegada titular da DECVS acredita que deve haver uma expansão do Protocolo para outros hospitais de Belo Horizonte e para o interior. Porém, essa expansão no interior deve ser bem pensada na visão da Polícia Militar, uma vez que dependendo da distância entre as cidades em que há delegacias, aquelas em que Hospitais de Referência serão capacitados, e a cidade em que houve a violência, acaba gerando desgaste à vítima, aos policiais que estão fazendo o transporte, e muitas das vezes, a cidade de origem fica sem policiamento durante o deslocamento dessa vítima. Sendo assim, seria prudente a capacitação de hospitais em cidades que há delegacias, para que o atendimento fosse otimizado e a vítima não passasse por maiores transtornos.

Por fim, elenco algumas melhorias colocadas pelo Dr. Marcelo Buzatti em sua entrevista:

- a) proposta de abertura para que médicos residentes de ginecologia do Hospital Odilon Behrens estagiassem no setor de Sexologia do IML/BH;
- b) proposta de criação de uma tabela de pontuação de qualidade dos kits que retornam dos Hospitais de Referência;
- c) cruzamento de dados dos formulários que aportam com os bancos de dados da Polícia Civil de Minas Gerais para comunicar à autoridade policial da presença do material antes que a mesma venha solicitar o exame direto no IML;
- d) busca de meios para a produção em maior escala dos kits;
- e) reciclagem constante das equipes de atendimento.

Outro apontamento feito pelo Dr. Marcelo Buzatti foi a opinião de alguns atores da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte que ele achou pertinente. Ele acredita que o ideal em Belo Horizonte seria a existência de somente um hospital que atendesse os casos de violência sexual. Tal opinião se baseia no fato de que, aumentando o número de hospitais que atendem no Protocolo, o risco de não conseguir formar uma equipe de ponta, mais especializada é maior. A ideia então seria a existência de um hospital em Belo Horizonte que atenderia todos os casos de violência sexual e, caso uma vítima desse entrada em um outro hospital, o mesmo faria o transporte dela em uma ambulância até o Hospital de Referência. Dessa forma, segundo o Dr. Marcelo Buzatti, aumentaria a experiência daquele hospital para aquele tipo de caso, possibilitando uma melhor coleta, análise da situação e até mesmo um melhor manejo do plantão.

6 CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo central mostrar e analisar a evolução da institucionalização e do desenho do Protocolo de Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual desde sua idealização até os dias atuais. Desdobrando tal objetivo temos três dos objetivos específicos: descrever a evolução do Protocolo de Humanização no Atendimento às Vítimas de Violência Sexual e seu funcionamento atualmente; mostrar a importância do Protocolo de Humanização no Atendimento às Vítimas de Violência Sexual em Minas Gerais para a sociedade; e avaliar a sua implementação e os problemas relacionados a ela.

A descrição da evolução do Protocolo foi feita ao longo do capítulo 5, que mostrou as diferentes barreiras que os envolvidos tiveram que atravessar para que o mesmo fosse concretizado. Porém, como foi visto, essa concretização não é integral, uma vez que o Protocolo ainda não foi institucionalizado e existem ainda muitos passos a serem dados para que ele chegue próximo do ideal.

A institucionalização de projeto como este realmente é um fato bastante complexo visto os diversos atores e órgãos envolvidos para que o processo funcione corretamente, porém, é de extrema importância para o andamento do Protocolo. Dessa forma, a criação do CEAHVIS foi um passo acertado nessa direção, visto que engloba diversos desses atores. Pelo que foi visto durante as entrevistas, após a criação do CEAHVIS muitos problemas operacionais foram minimizados e vários eventos sobre o Protocolo realizados. Além disso, os atuais integrantes do CEAHVIS estão bastante engajados no sentido de formalizar o Protocolo com documentos bem elaborados, ponderando todas as situações possíveis que a vítima pode se submeter e todas as responsabilidades de cada entidade envolvida.

Outra barreira comumente colocada são os hospitais, uma vez que são inúmeros os hospitais que podem ser credenciados, além do fato de que a atuação dos mesmos junto ao Protocolo é em título de parceria, o que dificulta a exigência de certos requisitos de qualidade para a coleta de vestígios, além da própria continuidade da coleta ao longo dos anos. Em relação a isso, a publicação da legislação específica sobre o assunto em 2013, principalmente a Lei 12.845 e o Decreto 7.953, pode auxiliar no que diz respeito a essa parceria com os hospitais. Porém, como citou o Dr. Buzatti em sua entrevista, uma sanção ou algum tipo de incentivo deve

ser aplicado a estes hospitais para que a coleta seja feita de forma acurada e que o material chegue ao IML da maneira correta. No que tange aos diversos hospitais a serem capacitados, isso deve ser bem pensado, como declarou o Assessor de Direitos Humanos da Polícia Militar, de forma a casar Hospitais de Referência com delegacias de polícia. Contudo, acredito que mais hospitais devem ser capacitados, de forma a atender uma boa parte do Estado, visto que, pelo fato do território de Minas Gerais ser muito extenso, é imprudente a possibilidade de somente Belo Horizonte ter esse tipo de atendimento.

No que tange ao atendimento nas delegacias, pela Polícia Militar e no IML, diante das visitas realizadas nestes locais durante este trabalho, o mesmo é satisfatório, uma vez que os profissionais que lidam com esse tipo de vítima estão a cada dia mais conscientes sobre o assunto, além de muitas capacitações estarem sendo realizadas a fim de melhorar o atendimento a essas vítimas. Acredito que o atendimento realizado na DEPCA é um avanço considerável no que diz respeito à humanização do atendimento às vítimas de violência sexual e que o mesmo deve ser replicado a outras delegacias. Na DEAM, é de extrema necessidade a formação de uma equipe de psicologia com profissionais da própria Polícia Civil, para que a delegacia não fique dependente de programas de estágios que são sazonais. Como tais percepções foram estruturadas sob um ponto de vista que não é da vítima que procura o serviço, o atendimento pode não ser satisfatório o bastante para as vítimas.

A localização da DEAM e da DEPCA são em áreas centrais, o que colabora o acesso da vítima. Porém, o IML encontra-se em local afastado e de difícil acesso, mais um motivo para que o atendimento pelos Hospitais de Referência deve ser priorizado sempre que possível. A estrutura da DEPCA é ampla em todos os setores visitados. Já na DEAM, mesmo que a estrutura não dificulte o serviço, acredito que possa melhorar bastante para que a vítima se sinta mais confortável. No IML, mesmo sendo um espaço amplo, há falta de espaço para armazenamento dos kits, além de falta de pessoal tanto para a montagem dos mesmos quanto para a análise. Essa falta de estrutura no IML é incabível para que o Protocolo funcione, uma vez que é o local de onde saem os kits para a coleta e onde os mesmos serão analisados para o prosseguimento da investigação, ou seja, está no início e no final do processo. Ademais, a montagem de kits no IML, por não ser uma atividade nem próxima da sua atividade fim, deveria ser terceirizada, para que não sobrecarregue os funcionários do IML e os mesmos possam realizar funções mais direcionadas à atividade fim do Instituto.

Alguns outros pontos devem ser melhor trabalhados para que não haja desgaste para a vítima, como é o caso do exame do hímen em crianças e adolescentes. Como o propósito do Protocolo é a não revitimização, é inaceitável que uma criança ou um adolescente, vítimas mais frágeis que os adultos, passem por diversos exames ginecológicos que são invasivos para as mesmas, por conclusões equivocadas de médicos. Além disso, toda as melhorias colocadas pelos entrevistados devem ser consideradas válidas, contudo, devem ser pensadas cuidadosamente antes de serem implementadas. No caso da última alteração apontada pelo Dr. Marcelo Buzatti, acredito que o estabelecimento de somente um Hospital de Referência é impraticável, dada a atual situação do serviço público de saúde no Brasil, com superlotação dos hospitais e a carência de ambulâncias para fazer esse tipo de transporte. Dessa forma, a expansão do número de Hospitais de Referência com reciclagem constante da equipe seria uma melhor alternativa.

Por fim, diante de tudo o que foi exposto e observado durante esse trabalho, acredito que o Protocolo funcione em partes, uma vez que o que funciona atualmente é em título de parceria e boa vontade dos atores envolvidos. Como não existe uma institucionalização das responsabilidades de cada parte sobre o Protocolo, ninguém é punido por realizar o atendimento de forma ruim, ou até mesmo não o realizar. Além disso, considero que o atendimento feito às mulheres adultas, tanto nas delegacias quanto a coleta de vestígios nos hospitais funcione, mesmo que de modo incipiente. Porém, como já foi dito, o fato de uma criança ter que passar por diversos exames é inaceitável, e isso deve ser revisto o mais rápido possível.

Outro ponto que deve ser melhor trabalhado é a questão da humanização como um todo no atendimento às vítimas de violência sexual. O Protocolo foca a maior parte de seus esforços em uma coleta de vestígios menos evasiva para a vítimas, porém, toda a questão do atendimento e do acolhimento nesses casos é de uma importância igual ou até maior. Dessa forma, constantes treinamentos devem ser realizados em todos os setores que lidam com vítimas de violência sexual, de forma a realizar um atendimento humanizado do começo ao fim.

Devido a todas essas considerações feitas acima e também pelos entrevistados, acredito que o Protocolo é uma ideia extraordinária, contudo, há muitas lacunas que devem ser

preenchidas para que seu funcionamento seja satisfatório e um longo caminho a ser percorrido para que chegue próximo do ideal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Tânia Mara C. de; BANDEIRA, Lourdes. **Políticas públicas destinadas ao combate da violência contra as mulheres—por uma perspectiva feminista, de gênero e de direitos humanos.** In: BANDEIRA, Lourdes; ALMEIDA, Tânia Mara C. de; MENEZES, Andrea Mesquita de (Org.). *Violência contra as mulheres: a experiência de capacitação das DEAMs da Região Centro-Oeste.* Brasília: Cadernos AGENDE, 2004. p. 147-171. v. 5.

_____. **Políticas públicas e violência de gênero: uma discussão com base na rotina das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) da região Centro-Oeste.** In: BANDEIRA, Lourdes; ALMEIDA, Tânia Mara C. de; MENEZES, Andrea Mesquita de (Org.). *Violência contra as mulheres: a experiência de capacitação das DEAMs da Região Centro-Oeste.* Brasília: Cadernos AGENDE, 2004. p. 35-52. v. 5.

BARRETO, Paula Peixoto Messias *et al.* **Bioética e atendimento a mulheres vítimas de violência sexual: revisão de literatura.** *Rev. Bioét., Brasília*, v. 24, n. 2, p. 267-275, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000200267&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 nov. 2016.

BEDONE, Aloisio José; FAUNDES, Anibal. **Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas.** *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 23, n. 2, p. 465-469, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2017.

BRASIL. Comitê Latino Americano e do Caribe para a defesa dos Direitos da Mulher. Instituto para Promoção da Equidade, Assessoria, Pesquisa e Estudos. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher: "Convenção Belém do Pará".** São Paulo: KMG Gráfica e Editora, 1996.

_____. Decreto-Lei n. 2948, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal.** Brasília, DF. 7 dez. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm>. Acesso em: 5 mai. 2017.

_____. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.** Brasília, DF, 7 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 19 abr. 2017.

_____. Lei n. 12.845, de 1º de agosto de 2013. **Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.** Brasília, DF. 1 ago. 2013. Disponível

em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm>. Acesso em: 4 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres/PR. **Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registros de Informações e Coleta de Vestígios: norma técnica**. 1. ed., Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Violência doméstica, sexual e/ou outras violências**. Brasília; 2016. Disponível: <<http://bit.ly/20WwQ2n>>. Acesso em: 8 nov. 2016.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2013. 114 p. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/SPM_PNPM_2013.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2017.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>>. Acesso em: 5 mai. 2017.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2008. 236 p. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/politicas-publicas/pnpm/comite-de-monitoramento-do-ii-pnpm/Livro_II_PNPM_completo08.10.08.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2017.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2004. 104 p. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/plano-nacional-politicas-mulheres.pdf>>. Acesso em: 5 mai. 2017.

_____. Decreto n. 7.958, de 13 de março de 2013. **Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 50, 14 dez. 2013. Seção 1, p.1. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm>. Acesso em: 8 nov. 2016.

_____. Portaria Interministerial n. 288, de 25 de março de 2015. **Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.** Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 58, 26 mar. 2015. Seção 1, p.50. Disponível em: <<http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/2015/abril/portaria-interministerial-no-288-de-25-de-marco-de-2015-1>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

_____. Portaria n. 485, de 1º de abril de 2014. **Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 63, 2 abr. 2014. Seção 1, p.53-54. Disponível em: <<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2014/Abr/2/portaria-no-485-de-1o-de-abril-de-2014-redefine-o>>. Acesso em: 6 dez. 2016.

_____. Portaria n. 528, de 1º de abril de 2013. **Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF, 1 abril 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0528_01_04_2013.html>. Acesso em: 20 mai. 2017.

BUZATTI, Marcelo. **Protocolo de Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PHAVVS) – Cadeia de Custódia/ Kit de Coleta de Vestígios nos Crimes Sexuais / Importância do DNA.** In: Seminário de Capacitação no Protocolo de Humanização no Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, 2016, Cidade Administrativa de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2016, 102p.

CAMPOS, Maria Angela Mirim Rosa e *et al.* **Violência Sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima.** Saúde soc., São Paulo, v. 14, n. 1, p. 101-109, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 nov. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BRASIL). **Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009.** Brasília: CFM, 2010. 70p. Disponível em: <

<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2017.

CRUZ, Rúbia Abs da. **A prova material nos crimes sexuais**. Revista do Ministério Público, Porto Alegre, n. 53, p. 185-203, 2002. Disponível em: <http://www.amprs.org.br/arquivos/revista_artigo/arquivo_1279045759.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2016.

DESOUZA, Eros; BALDWIN, John R.; ROSA, Francisco Heitor da. **A Construção Social dos Papéis Sexuais Femininos**. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v. 13, n. 3, p. 485-496, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000300016>. Acesso em: 27 nov. 2016.

DIAS, Cláudia. **Pesquisa qualitativa: características gerais e referências**. 2000. Disponível em: <<http://www.reocities.com/claudiaad/qualitativa.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2017.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas *et al.* **Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2017.

DREZETT, Jefferson *et al.* **Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino**. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 77, n. 5, p. 413-419, out. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572001000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 nov. 2016.

DREZETT, Jefferson; PEDROSO, Daniela. **Aborto e violência sexual**. Cienc. Cult., São Paulo, v. 64, n. 2, jun. 2012. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252012000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 nov. 2016.

FAUNDES, Aníbal *et al.* **Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 126-135, fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 nov. 2016.

FONTANA, M.; SANTOS, S. F. **Violência contra a mulher**. In: REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês. São Paulo, 2001. p.101-128.

HAMPTON, H. L. **Care of the woman who has been raped.** The New England Journal of Medicine, Boston, v. 332, n. 4, p. 234-37, jan. 1995.

JÚNIOR, João Batista Rodrigues. **Atendimento Humanizado à Vítima de Violência Sexual – Treinamento Hospital – versão abril 2015.** Documento interno Instituto Médico Legal. Belo Horizonte, 2015.

KISS, Lígia Bittencourt; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1943-1952, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2017

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MESQUITA, Andrea; VASCONCELOS, Marcia; GUEDES, Tatiana. **Dinâmicas da pedagogia feminista: reflexão sobre atos pedagógicos inovadores no processo de capacitação de agentes policiais.** In: BANDEIRA, Lourdes; ALMEIDA, Tânia Mara C. de; MENEZES, Andrea Mesquita de (Org.). Violência contra as mulheres: a experiência de capacitação das DEAMs da Região Centro-Oeste. Brasília: Cadernos AGENDE, 2004. p. 79-98. v. 5.

MINAS GERAIS, Instituto Médico Legal. Portaria nº 001/2012. **Resolve: Criar o serviço de atendimento às mulheres vítimas de agressão sexual.** Belo Horizonte, 11 set. 2013.

_____. Decreto n. 46.242, de 15 de maio de 2013. **Dispõe sobre o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual e cria o Comitê Estadual de Gestão do Atendimento Humanizado às Vítimas de Violência Sexual – CEAHVIS.** Belo Horizonte, MG, 15 maio 2013. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=DEC&num=46242&ano=2013&aba=js_textoAtualizado>. Acesso em: 29 mai. 2017.

_____. Instituto Médico Legal. Portaria nº 004/2013. **Resolve: Reiterar o funcionamento do serviço de atendimento às mulheres vítimas de agressão sexual em serviço individualizado no IML.** Belo Horizonte, 6 mar. 2013.

_____. Memorando Conjunto nº 01/2013 – PMMG/PC/BMMG. **Atendimento à vítima de violência sexual.** Belo Horizonte, 21 fev. 2013.

_____. Resolução Conjunta SES/ SEDS/ SEDESE/ PCMG/ PMMG/ MPMG/ COSEMS nº 14 de 30 de dezembro de 2005. **Cria Comissão Técnica Interinstitucional para integrar e implementar as ações de atenção às vítimas de violência sexual no Estado de Minas Gerais.** Belo Horizonte, 30 dez. 2005.

_____. Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania. Comitê Estadual de Gestão do Atendimento Humanizado de Vítimas de Violência Sexual - CEAHVIS. **Relatório de Atividades Comitê Estadual de Gestão do Atendimento Humanizado de Vítimas de Violência Sexual – CEAVIS.** Documento interno da Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania – SEDPAC. Belo Horizonte, 2016.

OFICINA DE IMAGENS. **Protocolo pode humanizar atendimento a crianças vítimas de violência sexual.** Belo Horizonte, 21 jun. 2012. Giro de Notícias. Disponível em: <<http://oficinadeimagens.org.br/protocolo-pode-humanizar-atendimento-a-criancas-vitimas-de-violencia-sexual/>>. Acesso em: 2 dez. 2016.

OLIVEIRA, Isabella Franca. **Investigação do Crime de Violência Sexual Infantil/Protocolo/Escuta Qualificada.** In: Seminário de Capacitação no Protocolo de Humanização no Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, 2016, Cidade Administrativa de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2016, 40p.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial sobre violência e saúde.** Genebra: OMS; 2002. Disponível: <<http://bit.ly/1U1738w>>. Acesso em: 8 nov. 2016.

OSHIKATA, Carlos Tadayuki; BEDONE, Aloísio José; FAUNDES, Anibal. **Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 192-199, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2017.

PARANÁ, Governo do Estado do. **No Paraná, vítimas de estupro recebem atendimento integral e humanizado.** Curitiba, 6 jun. 2016. Disponível em: <<http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=89380>>. Acesso em: 5 mai 2017.

PASINATO, Wânia. **Acesso à justiça e violência contra a mulher em Belo Horizonte.** São Paulo: Annablume, 2012. 232 p.

PEDROSA, Claudia Mara; SPINK, Mary Jane Paris. **A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica.** Saúde soc., São Paulo , v. 20, n. 1, p. 124-135, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2017.

QUADROS, Danúbia Helena Soares. **Protocolo de Humanização à Vítima de Violência Sexual sob a égide penal.** In: Seminário de Capacitação no Protocolo de Humanização no Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, 2016, Cidade Administrativa de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2016, 20p.

REIS, J. N.; MARTIN, C. S.; BUENO, S. M. V. **Violência sexual, vulnerabilidade e doenças sexualmente transmissíveis.** DST: Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 40-45, 2001.

SAFFIOTI, H. I. B.; ALMEIDA, S. S. **Violência de gênero: poder e impotência.** Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 218 p.

SANTI, Liliane Nascimento de; NAKANO, Ana Márcia Spanó; LETTIERE, Angelina. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. Texto contexto - enfermagem, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 417-424, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 mai. 2017.

SÃO PAULO (Estado). Decreto n. 46.369, de 14 de dezembro de 2001. **Dispõe sobre o atendimento do Programa BEM-ME-QUER.** São Paulo, dez. 2001. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2001/decreto-46369-14.12.2001.html>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

SILVA, Marlise Vinagre. **Violência contra a mulher: QUEM METE A COLHER?.** São Paulo: Cortez, 1992. 180 p.

SOUZA, C. de M.; ADESSE, L. (Org.). **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios.** Brasília, DF: Secretária Especial de Políticas para as Mulheres: Ipas, Brasil, 2005. 186 p.

SOUZA, Jacqueline; KANTORSKI, Luciane Prado; LUIS, Margarita Antonia Villar. **Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental.** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011. Disponível em <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewArticle/5252>>. Acesso: em 1 dez. 2016.

UNIÃO DE MULHERES DE SÃO PAULO. **Violência doméstica e sexual: conheça seus direitos**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo, 2001. p. 87

VILLELA, Wilza V.; LAGO, Tânia. **Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 471-475, Fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 nov. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista (Delegadas)

- 1- Qual o seu trabalho aqui? Qual o procedimento padrão de atendimento quando uma vítima chega na delegacia? E no caso das vítimas de violência sexual?
- 2- Quais são os problemas enfrentados na delegacia em relação ao atendimento às vítimas e à estrutura da delegacia?
- 3- Existem problemas quanto ao atendimento às vítimas de violência sexual? Se sim, quais são?
- 4- Existem problemas em relação à sensibilidade no atendimento às vítimas de violência sexual?
- 5- Existe algum tratamento diferenciado para as vítimas de violência sexual?
- 6- Quanto tempo depois do incidente as vítimas de violência sexual geralmente procuram a delegacia? É o primeiro lugar que procuram?
- 7- Quando as vítimas de violência sexual chegam à delegacia com indícios físicos de violência, para onde ela é encaminhada? Qual o transporte utilizado?
- 8- Qual a frequência de encaminhamento das vítimas de violência sexual para o IML-BH e para as unidades de saúde de referência quando chegam à delegacia?
- 9- Você conhece o Protocolo? Qual a sua visão dele?
- 10- Você considera que a qualidade de atendimento nas delegacias é ideal?
- 11- Você acha que os policiais militares que são acionados pelas vítimas têm a consciência que deem ser encaminhadas para uma unidade de saúde?
- 12- Você considera que a coleta de material feita pelos médicos nos hospitais de referência é bem feita?
- 13- Qual a importância do Protocolo para a sociedade na sua visão?
- 14- Por que você acha que o Protocolo ainda não foi institucionalizado legalmente?
- 15- Quais melhorias você acha que deveriam ser feitas no Protocolo, tanto operacional quanto institucionalmente no âmbito da Polícia Civil? E no âmbito da Polícia Militar? E na saúde?

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista (Polícia Militar de Minas Gerais)

- 1- Qual a frequência de acionamento da Polícia Militar por vítimas de violência sexual?
- 2- Os policiais militares são treinados para lidar especialmente com casos de violência sexual?
- 3- Qual o procedimento padrão quando uma vítima de violência sexual aciona a Polícia Militar? Para onde ela é encaminhada?
- 4- Você conhece o Protocolo? Qual a sua visão sobre ele? Acha importante para a sociedade?
- 5- Você acha que os profissionais envolvidos estão devidamente qualificados e orientados para o atendimento às vítimas de violência sexual?
- 6- Quais melhorias você acha que deveriam ser feitas no Protocolo, tanto operacional quanto institucionalmente, no âmbito da Polícia Militar? E no âmbito da Polícia Civil? E na saúde?

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista (Médicos Legistas IML-BH)

- 1- Qual o seu trabalho aqui no IML?
- 2- Qual o procedimento padrão quando uma vítima de violência sexual chega ao IML? Existem problemas quanto ao mesmo?
- 3- Existem problemas quanto ao atendimento às vítimas de violência sexual? Se sim, quais são?
- 4- Você acredita que o ambiente para realização do exame de corpo de delito é adequado?
- 5- Existe algum tratamento diferenciado para as vítimas de violência sexual?
- 6- Quanto tempo depois do incidente as vítimas de violência sexual geralmente chegam ao IML? Qual a frequência de exames em vítimas de violência sexual no IML?
- 7- Como surgiu a iniciativa de criar o Protocolo?
- 8- Como ele foi estruturado inicialmente? E atualmente?
- 9- Qual a principal fonte de recursos direcionada para o Protocolo?
- 10- Como foi feita a articulação entre Polícia Civil, Polícia Militar e instituições de saúde para fazer o Protocolo acontecer?
- 11- Qual a recomendação padrão de encaminhamento para os policiais militares que são requisitados por vítimas de violência sexual? Existe algum tipo de treinamento?
- 12- Como foram feitas as escolhas das unidades de saúde de referência? Por que ainda não foi ampliado o número de unidades em Belo Horizonte?
- 13- Você considera que a coleta de material feita pelos médicos nos hospitais de referência é bem feita?
- 14- Como funciona o Protocolo atualmente? Você acha que houve algum tipo de avanço e melhorias ao longo dos últimos anos?
- 15- Qual a sua visão sobre o Protocolo? Acha ele importante para a sociedade?
- 16- Por que você acha que o Protocolo ainda não foi institucionalizado legalmente?
- 17- Quais melhorias você acha que deveriam ser feitas no Protocolo, tanto operacional quanto institucionalmente no âmbito da Polícia Civil? E no âmbito da Polícia Militar? E na saúde?

ANEXOS

ANEXO A – Ficha de Notificação Compulsória Individual – SINAN (versão 2015)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº				
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/infamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, 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, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.								
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual				
	2	Agravo/doença	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09				
	3	Data da notificação						
	4	UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)			
	6	Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros						
7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9				
8	Unidade de Saúde		Código (CNES)	Data da ocorrência da violência				
Notificação Individual	10			Nome do paciente	11			
	12 (ou)	Idade	13	Sexo	14			
	16	Escolaridade			15			
	17	Número do Cartão SUS		18	Nome da mãe			
	19	UF	20	Município de Residência	21			
Dados de Residência	22	Bairro		23	Logradouro (rua, avenida,...)			
	24	Número	25	Complemento (apto., casa, ...)	26	Geo campo 1		
	27	Geo campo 2		28	Ponto de Referência	29	CEP	
	30	(DDD) Telefone		31	Zona	32	Pais (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares							
	Dados da Pessoa Atendida	33	Nome Social		34	Ocupação		
		35	Situação conjugal / Estado civil					
36		Orientação Sexual		37	Identidade de gênero:			
38		Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39	Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?			
Dados da Ocorrência	40	UF	41	Município de ocorrência	42	Distrito		
	43	Bairro		44	Logradouro (rua, avenida,...)	Código		
	45	Número	46	Complemento (apto., casa, ...)	47	Geo campo 3	48	Geo campo 4
	49	Ponto de Referência		50	Zona	51	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	52	Local de ocorrência			53	Ocorreu outras vezes?		
01 - Residência			04 - Local de prática esportiva	07 - Comércio/serviços	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
02 - Habitação coletiva			05 - Bar ou similar	08 - Indústrias/construção	54			
03 - Escola			06 - Via pública	09 - Outro	A lesão foi autoprovocada?			
			99 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				

SVS 15.06.2015

(continua)

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/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		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espantamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação
Violência Sexual	58 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 _____		
	59 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 sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 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"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado
	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não 9- Ignorado		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Encaminhamento	65 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 da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da 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 da 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		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____
	69 Data de encerramento _____		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____		Vínculo/grau de parentesco _____	(DDD) Telefone _____
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015