

## FEBRASGO POSITION STATEMENT

# Atendimento imediato a pessoas vítimas de violência sexual

Número 9 – 2025

A Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) referenda este documento. A produção do conteúdo baseia-se em evidências científicas sobre a temática proposta, e os resultados apresentados contribuem para a prática clínica.

### Pontos-chave

- O atendimento imediato às vítimas de violência sexual é essencial para implementar medidas de prevenção à gravidez decorrente da violência e infecções sexualmente transmissíveis, bem como para avaliar e monitorar o seguimento sorológico e reunir evidências para um possível processo criminal.
- Na ausência de um serviço de referência, qualquer serviço de saúde deverá tomar as medidas iniciais adequadas e encaminhar para o serviço de referência (se houver) o mais rápido possível.
- Os serviços de referência para atendimento imediato às vítimas de violência sexual permitem o seguimento das vítimas por um período maior de tempo; no entanto, o atendimento agudo deve ser realizado por qualquer unidade de saúde, para evitar atrasos no atendimento.
- Não há necessidade de qualquer denúncia judicial ou registro de boletim de ocorrência para que os cuidados em saúde sejam realizados para as vítimas de violência sexual. A vítima, no entanto, deve ser informada sobre ter o direito de denunciar, a qualquer tempo, a agressão, para que haja adequada investigação jurídico-policial. É importante que esse tema seja abordado durante o atendimento médico.
- Todo serviço de atendimento às vítimas de violência sexual deve ser aberto, recebendo as vítimas continuamente, sem necessidade de outras unidades de saúde ou da autoridade policial.
- Os médicos ginecologistas/obstetras são geralmente os profissionais responsáveis pelo atendimento às vítimas de violência sexual e devem conhecer os protocolos de atendimento inicial para essas pacientes.

### Recomendações

- Atendimento em local reservado, para evitar a exposição da vítima, acompanhado por outro profissional de saúde.
- Escuta inicial da vítima de violência sexual com atenção, privacidade e registro adequado: é essencial para o atendimento clínico e acompanhamento do caso, evitando que a história precise ser recontada pela paciente, o que pode levar à revitimização.
- Coleta detalhada de dados sobre a violência sexual em prontuário médico, preferencialmente com representações do corpo humano para descrição precisa das lesões.
- Profilaxia baseada no tempo de agressão e exposição a secreções corporais, priorizando a oferta máxima de medidas profiláticas em caso de informações imprecisas.

### Contexto clínico

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência sexual como qualquer ato sexual, tentativa de obter ato sexual, comentários ou avanços sexuais indesejados, ou atos de tráfico, ou de outra forma dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa por meio de coerção, que pode ser perpetrado por qualquer pessoa, independentemente do seu relacionamento com a vítima, em qualquer ambiente, incluindo a casa e o trabalho, mas não se limitando a eles.<sup>(1)</sup> A violência sexual acontece quando não há a obtenção de consentimento para o relaciona-

mento sexual, e é fundamental que o consentimento seja clara e ativamente expresso, não podendo nunca ser suposto. Além disso, certas condições podem determinar incapacidade temporária para o consentimento, como o uso, intencional ou não, de substâncias psicoativas ou condições médicas; além disso, o consentimento é considerado nulo quando se trata de pessoa menor de 14 anos ou que tenha incapacidade cognitiva moderada ou grave. Portanto, agrupa-se sob o nome de violência sexual uma ampla gama de atos sexualmente violentos, realizados sem consentimento adequado, e que podem ocorrer em

diferentes circunstâncias e ambientes, entre os quais os elencados pela OMS:<sup>(1,2)</sup>

- Estupro dentro do casamento ou namoro;
- Estupro por estranhos;
- Violação sistemática durante conflitos armados;
- Avanços sexuais indesejados ou assédio sexual, incluindo pedir sexo em troca de favores;
- Abuso sexual, mental ou físico de pessoas com deficiência;
- Abuso sexual de crianças;
- Casamento forçado ou coabitação, incluindo casamento infantil;
- Negação do direito de utilização de métodos contraceptivos ou de adoção de outras medidas de proteção contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs);
- Aborto forçado;
- Atos violentos contra a integridade sexual de mulheres, incluindo a mutilação genital feminina e inspeções obrigatórias da virgindade;
- Prostituição forçada e tráfico de seres humanos para exploração sexual.

O estupro é um dos tipos de violência sexual, sendo definido pela OMS como penetração não consentida da vulva, boca ou ânus utilizando o pênis ou outra parte do corpo ou um objeto. A tentativa de fazê-lo é conhecida como “tentativa de estupro”. O estupro de uma pessoa por dois ou mais perpetradores é conhecido como estupro coletivo.<sup>(1,3,4)</sup>

A violência sexual é um problema global, existente em todas as culturas, países e classes sociais.<sup>(5)</sup> No entanto, sendo violência baseada no gênero,<sup>(4)</sup> tem ligações profundas com questões de raça/etnia, classe, sexualidade, identidade de gênero, idade, *status* de habilidade, *status* de cidadania e nacionalidade.<sup>(6)</sup> Portanto, embora afete principalmente mulheres, vale destacar que pessoas de outros grupos sociais também apresentam risco aumentado de violência sexual, como pessoas LGBT – binárias ou não.<sup>(7,8)</sup> A violência sexual é considerada uma importante violação dos direitos humanos,<sup>(4,9)</sup> com repercussões em curto, médio e longo prazo para a saúde e o bem-estar das mulheres e das suas famílias, além de grandes custos sociais e econômicos.<sup>(4,9-12)</sup> Portanto, a violência sexual constitui um problema de saúde pública<sup>(4)</sup> que exige uma posição ativa do sistema de saúde para alcançar respostas eficazes e sustentáveis de assistência às vítimas e de enfrentamento do problema.<sup>(13)</sup>

A Lei Federal Brasileira nº 12.015/2009<sup>(14)</sup> retira os crimes sexuais do capítulo dos crimes contra costumes para inseri-los no dos crimes contra a pessoa e dos crimes contra a dignidade sexual. A lei passa a prever tipificação específica para o crime de estupro contra vulnerável em seu Art. 217-A, definido como o ato de “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos”.

Os crimes mais comuns contra a dignidade sexual são: “Estupro

Art. 213 – Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso.

(...)

Violação sexual mediante fraude

Art. 215 – Ter conjunção carnal ou praticar ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima.<sup>(14,15)</sup>

O atendimento imediato à saúde de uma pessoa vítima de violência sexual é uma emergência médica e, portanto, deve ser estabelecido o mais rápido possível. O atendimento imediato visa instituir medidas profiláticas para gravidez decorrente de estupro e prevenção de infecções bacterianas e virais; promover avaliação e monitoramento de sorologias para ISTs; e permitir a produção de provas para possíveis processos criminais futuros. A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) lançou a Declaração Global da FIGO 2018 sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres,<sup>(16)</sup> que se compromete a apoiar os esforços para resolver o problema, e foi seguida pela publicação de um protocolo pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), contribuindo para o atendimento imediato às vítimas de violência sexual.<sup>(17,18)</sup>

### Como estruturar um serviço de atendimento imediato às vítimas de violência sexual?

A criação de serviços de referência permite um melhor acompanhamento das vítimas, contudo qualquer serviço de saúde deve promover o acolhimento imediato, encaminhando-as para o serviço de referência o mais rapidamente possível ou, na falta dele, instituindo medidas iniciais. As medidas de saúde independem de comunicação à autoridade policial, e a vítima deve ser informada dos seus direitos durante o atendimento clínico. O serviço de atendimento deve ser aberto, com recebimento de vítimas por livre demanda ou por encaminhamento por outras unidades de saúde ou pela própria autoridade policial.

### Que mudanças devem ser implementadas na estruturação dos serviços?

- Infraestrutura: Ambiente privativo, preferencialmente em sala separada, seja no pronto-socorro, Unidade Básica de Saúde (UBS) ou qualquer outra instituição onde ocorra o atendimento, para evitar a superexposição da vítima. Deve-se evitar o uso de jargões ou siglas que possam identificar o espaço reservado ao atendimento das vítimas da violência sexual. É importante que o médico ginecologista esteja acompanhado de pelo menos mais um profissional de saúde, como forma de evitar intimidação à vítima de violência sexual, que muitas vezes se encontra em situação de fragilidade física e emocional.
- Escuta atenta: O médico ginecologista deve tentar fazer com que a vítima se sinta o mais segura e confortável possível, direcionando a conversa para estabelecer informações importantes sobre a violência, como: a) o momento da violência; b) o local da violência; c) as formas de violência sofridas (sexual, física, moral etc.);

- d) a caracterização da violência sexual (penetração anal, vaginal, oral; exposição a secreções; presença de lesões físicas); e) as características do agressor.
- Registro em prontuário: Todas as informações obtidas da vítima devem ser registradas, de modo a permitir o seu acesso por demais profissionais envolvidos no atendimento, evitando que a vítima tenha que repassar as informações já previamente obtidas, o que pode levar à revitimização. As informações devem ser, preferencialmente, anotadas em prontuário eletrônico, o que garante maior segurança dos dados; no entanto, a ausência de prontuário eletrônico não deve servir de barreira para acesso ao atendimento. O registro adequado dos mecanismos da violência, exposição a fluidos, achados em exame físico, entre outras informações, é fundamental para a definição dos cuidados clínicos a serem instituídos, bem como para efeitos legais, uma vez que o registro médico pode, no decurso de qualquer investigação judicial, ser utilizado como prova.
  - Exame físico: Durante o exame físico, recomenda-se fortemente que a vítima de violência sexual esteja acompanhada por uma pessoa por ela escolhida, além de necessariamente o ginecologista ser acompanhado por outro profissional de saúde. O exame físico deve começar com uma avaliação geral do corpo da vítima, devendo-se prestar muita atenção a hematomas, escoriações ou outras lesões dermatológicas em todo o corpo. O exame pélvico deve envolver a avaliação da região genital e anal, principalmente quando há relato de penetração vaginal ou anal. Durante o exame especular, se possível, devem-se coletar as secreções encontradas e enviar amostra para avaliação laboratorial, que pode incluir bacterioscopia de secreções vaginais, cultura ou testes moleculares para ISTs (clamídia, gonococo e tricomonas) e cultura fúngica. A amostra também deve ser armazenada em papel-filtro para futuras investigações legais e identificação de DNA. Qualquer laceração identificada deverá receber tratamento cirúrgico, com técnica adequada. Havendo elementos clínicos sugestivos de infecções genitais, o tratamento deve ser instituído imediatamente, e não se devem aguardar os resultados dos exames laboratoriais. O exame físico deve ser descrito detalhadamente no prontuário, com a descrição e a localização das lesões encontradas, o conteúdo pélvico, bem como quaisquer lesões genitais ou anais.
  - Ficha de notificação obrigatória: Com finalidade epidemiológica, além do registro em prontuário, faz-se necessário o preenchimento da ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em três vias. Desse modo, às três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, fica possibilitado o processo de investigação e têm-se subsídios para a análise dos atendimentos, permitindo a tomada de decisões. Em caso de a vítima ser criança ou adolescente, a ficha deverá ser encaminhada também para o Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente ou à Vara da Infância e da Juventude, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente.<sup>(19)</sup>
  - Exames laboratoriais: A coleta de sangue tem a função de identificar o estado sorológico atual da vítima de violência sexual, bem como de monitorar possíveis alterações sorológicas decorrentes da exposição à violência. A coleta de sorologia para HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis é obrigatória no atendimento às vítimas de violência sexual, não apenas na primeira consulta, mas também no acompanhamento após a instituição do tratamento. A instituição precoce de medidas antimicrobianas e antivirais tem a capacidade de reduzir substancialmente a possibilidade de infecções como HIV, hepatite B, hepatite C, sífilis, clamídia, tricomonas e gonococo. Para acompanhamento sorológico, recomenda-se a repetição das sorologias por volta do 45º e 90º dia após a exposição. Se ambos os resultados forem negativos, descarta-se contaminação decorrente da violência sexual.
  - Tratamento profilático: A decisão de instituir profilaxia para gravidez e infecções bacterianas ou virais envolve o tempo após a exposição à violência sexual. Nos casos em que o atendimento imediato ocorre dentro de 72 horas (terceiro dia após a violência) após a violência, devem ser fornecidas contracepção de emergência, profilaxia antimicrobiana e profilaxia pós-exposição ao HIV. Nos casos de atendimento de saúde entre o terceiro e o quinto dia após a exposição, recomenda-se a contracepção de emergência, sabendo-se que a sua eficácia é progressivamente menor, dependendo do tempo decorrido após a exposição, além da realização de profilaxia para infecções bacterianas. Caso a vítima procure atendimento de saúde após o quinto dia de exposição, sugerem-se apenas a coleta de sorologias e o agendamento de consultas de acompanhamento. Todas as profilaxias recomendadas devem ser instituídas na primeira consulta, evitando que a vítima tenha que se deslocar para diferentes serviços, além de perder o acompanhamento. A instituição da profilaxia depende apenas da exposição à violência, independentemente de resultados sorológicos ou evidências clínicas de infecção:
    - Contracepção de emergência: Deve ser prescrita a toda vítima de violência sexual cujo atendimento tenha ocorrido até o quinto dia após a exposição, com contato certo ou incerto com sêmen. As vítimas que utilizam um método contraceptivo altamente eficaz, como um dispositivo intrauterino – DIU (cobre ou hormonal) ou implante de etonogestrel – podem ser dispensadas de tomar um contraceptivo de emergência. Em todos os casos, um teste de gravidez deve ser realizado antes de a paciente tomar o anticoncepcional de emergência. O medicamento de primeira escolha

é o levonorgestrel 1,5 mg em dose única (dois comprimidos de 0,75 mg ou um comprimido de 1,5 mg). Nos casos em que a paciente vomite após tomar o medicamento, a dose completa deve ser oferecida novamente, e esse regime não tem contraindicações, além da gravidez, e pode ser prescrito inclusive para pessoas com histórico de transtorno hematológico ou tromboembólico. O DIU TCU 380 A é um método contraceptivo de emergência, que também pode ser ofertado no contexto da violência sexual; deve-se discutir sua oferta à paciente caso ela tenha vida sexual ativa e não tenha contraindicações a tal método, se houver disponibilidade no serviço de saúde específico. Os DIUs são métodos eficazes de contracepção de emergência e devem ser disponibilizados às mulheres que procuram contracepção de emergência. Tendo em conta o risco de uma IST após a violência sexual, o DIU pode ser inserido até cinco dias após a agressão sexual, para aquelas que são clinicamente elegíveis. O maior risco de ISTs após estupro deve ser considerado se for utilizado o DIU de cobre.<sup>(20)</sup>

- Profilaxia contra o HIV: Recomendada em casos de violência sexual ocorridos até há 72 horas do atendimento imediato, em casos em que houve penetração vaginal ou anal, independentemente de ter havido ejaculação ou não. Nos casos em que houve penetração oral com ejaculação, os riscos e benefícios devem ser discutidos com a vítima, principalmente quando há lesões na mucosa oral e de acordo com o estado sorológico do agressor, se conhecido, e o desejo da vítima em receber a profilaxia, uma vez que, nessa exposição, o risco de contaminação é baixo. A profilaxia pós-exposição ao HIV não é recomendada nos casos em que certamente houve penetração oral sem ejaculação, bem como uso de preservativo durante a violência, caso o agressor seja sabidamente HIV positivo ou nos casos de abuso sexual crônico pelo mesmo agressor. Nos casos em que houver dúvida em relação à dinâmica da agressão, deve-se considerar sempre o risco acentuado de ter havido ejaculação, de modo que a profilaxia deve ser considerada. A profilaxia deve ser instituída nas primeiras 72 horas após a violência e deve ser mantida por 28 dias. Recomenda-se a coleta dos seguintes exames: hemograma, creatinina, ureia e função hepática. Esses exames de sangue devem ser repetidos na metade do tratamento. O regime preferencial é composto por: tenofovir 300 mg + lamivudina 300 mg + dolutegravir 50 mg em dose única diária por 28 dias.<sup>(21)</sup>
- Profilaxia para infecções bacterianas: O tratamento deve ser instituído o mais rapidamente possível após a exposição à violência e envolve

a prevenção de infecções por sífilis, gonorreia, clamídia e tricomonas. O regime preferencial é composto por: penicilina benzatina 2,4 milhões UI intramuscular – IM (1,2 milhão UI para cada músculo glúteo) + ceftriaxona 500 mg IM + azitromicina 1 g + metronidazol 2 g. Todos os antibióticos devem ser tomados em dose única. No caso de pessoas alérgicas à penicilina benzatina, recomenda-se o uso de azitromicina 2 g. No caso de paciente gestante alérgica à penicilina benzatina, recomenda-se a dessensibilização ao medicamento, seguida de sua prescrição.<sup>(17,18)</sup>

- Profilaxia para a hepatite B: A profilaxia deve ser considerada para todos os casos em que haja suspeita ou confirmação de exposição ao sêmen; envolve também a avaliação do estado de vacinação anterior da vítima. Nos casos em que for confirmado o estado vacinal, ou seja, presença de três doses de vacinação anterior para hepatite B, essa profilaxia não está indicada. Em outros contextos de vacinação incerta ou esquema incompleto, deverão ser oferecidas vacinação e imunoglobulina específica para hepatite B.<sup>(17,18)</sup>
- Profilaxia contra o papilomavírus humano (HPV): A vacinação contra o HPV para vítimas de violência sexual foi instituída pelo Ministério da Saúde do Brasil e deve ser oferecida a pessoas que não possuem esquema vacinal completo. A vacina deve ser administrada imediatamente (ou o mais rápido possível) após a violência, sendo recomendada a dose única, conforme os mais recentes protocolos nacionais. Nos casos em que a vacina contra o HPV não esteja disponível no local de atendimento inicial, a vítima de violência sexual deve ser encaminhada para vacinação na UBS, com relatório que contenha o código específico da doença (CID), para evitar a revitimização da paciente.<sup>(17,18)</sup>

### A importância da transdisciplinaridade

A violência sexual é um problema médico, mas também jurídico e psicológico; assim, é importante que as equipes envolvidas no cuidado sejam compostas por profissionais capacitados para compreender as diversas dimensões desse fenômeno. Desse modo, sugere-se que, na estruturação dos serviços, os ginecologistas façam os atendimentos iniciais, porém, no seguimento, é fundamental a presença de profissionais especializados em saúde mental, como médicos psiquiatras e psicólogos, que serão capazes de prevenir e tratar eventos mentais como o transtorno de estresse pós-traumático. Além disso, profissionais de enfermagem devem estar envolvidos no cuidado, criando um ambiente de acolhimento e seguimento das vítimas nas diversas etapas do tratamento. Também é fundamental a incorporação dos profissionais de serviço social, que são instrumentalizados para instruir as vítimas quanto aos seus direitos

legais diante da situação de violência sexual. Sugere-se, ainda, que os serviços tenham interlocução com outros equipamentos públicos, como a rede primária de atenção local, para que haja a transferência do cuidado das vítimas, após certo tempo de seguimento (entre três e seis meses), bem como com órgãos jurídicos, como delegacias locais da mulher. Isso permite melhor entendimento por parte de ambos no sentido de garantir cadeias de custódia de provas e facilidade na troca de informações, quando no contexto de investigação ou processo judicial. Por fim, é interessante que movimentos da sociedade civil organizada, como movimentos de mulheres, organizações não governamentais e de proteção de direitos individuais, conheçam os serviços, permitindo rápido encaminhamento e orientação adequada às mulheres vítimas.

### Considerações finais

Dada a importância da universalização do atendimento às vítimas de violência sexual, sugere-se que os serviços adequem este protocolo às realidades locais, garantindo o acesso, pelo menos, às medidas de prevenção de gravidez e de ISTs, o que evita gestações indesejadas e o problema do aborto legal, que é alvo de questionamentos os mais diversos na sociedade brasileira. As medidas de tratamento devem considerar qualquer relato de violência sexual por parte da vítima, cuja história deve ser valorizada, e não questionada ou ridicularizada. Recomenda-se a coleta detalhada de dados em prontuário eletrônico, que possam ser acessados apenas pelos demais profissionais envolvidos no cuidado. Os casos duvidosos de exposição a secreções corporais devem receber o máximo de tratamentos possíveis, pelo risco de contaminação. O cuidado multiprofissional deve ser estimulado na criação dos serviços de atendimento às vítimas de violência sexual, que devem, também, instituir a proposta de seguimento para as vítimas, com vigilância sorológica por período de, no mínimo, 90 dias após a agressão. A orientação dos direitos legais da paciente deve ser feita pelos profissionais de saúde envolvidos no cuidado, porém cabe à paciente, se maior de idade, decidir se irá ou não buscar a persecução penal, devendo ser respeitada em sua decisão.

### Referências

- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002 [cited 2021 Jun 2]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf)
- Borumannia N, Khadembashi N, Tabatabaei M, Alavi Majd H. The prevalence rate of sexual violence worldwide: a trend analysis. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1835. doi: 10.1186/s12889-020-09926-5
- World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 Jun 6]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331535/9789240001411-eng.pdf>
- World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: WHO; 2021 [cited 2021 Jun 6]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
- Fulu E, Miedema S. Violence against women: globalizing the integrated ecological model. *Violence Against Women*. 2015;21(12):1431-55. doi: 10.1177/1077801215596244
- Armstrong EA, Gleckman-Krut M, Johnson L. Silence, power, and inequality: an intersectional approach to sexual violence. *Ann Rev Sociol*. 2018;44:99-122. doi: 10.1146/annurev-soc-073117-041410
- Chen J, Walters ML, Gilbert LK, Patel N. Sexual violence, stalking, and intimate partner violence by sexual orientation, United States. *Psychol Violence*. 2020;10(1):110-9.
- Kiss L, Quinlan-Davidson M, Pasquero L, Tejero PO, Hogg C, Theis J, et al. Male and LGBT survivors of sexual violence in conflict situations: a realist review of health interventions in low-and middle-income countries. *Confl Health*. 2020;14:11. doi: 10.1186/s13031-020-0254-5
- Jina R, Jewkes R, Munjanja SP, Mariscal JD, Dartnall E, Gebrehiwot Y, et al. Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: guidelines for the management of female survivors of sexual assault. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010;109(2):85-92.
- Loya RM. Rape as an economic crime: the impact of sexual violence on survivors' employment and economic well-being. *J Interpers Violence*. 2015;30(16):2793-813. doi: 10.1177/0886260514554291
- Sit V, Stermac L. Improving formal support after sexual assault: recommendations from survivors living in poverty in Canada. *J Interpers Violence*. 2021;36(3-4):1823-43. doi: 10.1177/0886260517744761
- Jina R, Thomas LS. Health consequences of sexual violence against women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27(1):15-26. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2012.08.012
- García-Moreno C, Hegarty K, D'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015;385(9977):1567-79. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61837-7
- Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. *Diário Oficial da União*. 10 ago 2009 [cited 2021 Jun 6];Seç. 1:1. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualizar/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=10/08/2009>
- Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*. 31 dez 1940;Seç. 1:23911.
- International Federation Gynaecology and Obstetrics. FIGO Statement. ICPD25 Commitment: gender-based violence. 2019 [cited 2021 Jun 6]. Available from: <https://www.who.org/sites/default/files/2020-04/ICPD25%20gender%20violence.pdf>
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência a pessoas em situação de violência sexual e abordagem da gestação proveniente de estupro. São Paulo: Febrasgo; 2021 (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 86/Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei).
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Protocolo de atendimento imediato a vítimas de violência sexual. São Paulo: Febrasgo; 2024. (Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei). In press.
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 16 jul 1990;Seç. 1:13563-13577.
- World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO; 2013.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Profilaxia Pós-Exposição de Risco (PEP) à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [cited 2024 Sep 18]. Available from: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot\\_clinico\\_diretrizes\\_terap\\_pep\\_risco\\_infeccao\\_hiv\\_ist\\_hv\\_2021.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot_clinico_diretrizes_terap_pep_risco_infeccao_hiv_ist_hv_2021.pdf)

**Rosires Pereira de Andrade** 

Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

**Fernanda Garanhani de Castro Surita** 

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

**Aline Veras Moraes Brilhante** 

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

**Robinson Dias de Medeiros** 

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

**Cristião Fernando Rosas** 

Hospital e Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, São Paulo, SP, Brasil.

**Helena Borges Martins da Silva Paro** 

Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

**Marla Niag dos Santos Rocha** 

Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brazil.

**Olimpio Barbosa de Moraes Filho** 

Universidade de Pernambuco, Recife, CE, Brasil.

**Sara de Pinho Cunha Paiva** 

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

**Stenia dos Santos Lins** 

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

**Marcia Sacramento Cunha Machado** 

Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

**Rivaldo Mendes de Albuquerque** 

Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

**Jose Paulo de Siqueira Guida** 

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

**Zelia Maria Campos** 

Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Universidade Estadual do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

**Marli Camara Abelha** 

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

**Conflitos de interesse:** nada a declarar.

**Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)**

Presidente:

Rosires Pereira de Andrade

Vice-presidente:

Fernanda Garanhani de Castro Surita

Secretária:

Aline Veras Moraes Brilhante

Membros:

Robinson Dias de Medeiros

Cristião Fernando Rosas

Helena Borges Martins da Silva Paro

Marla Niag dos Santos Rocha

Olimpio Barbosa de Moraes Filho

Sara de Pinho Cunha Paiva

Stenia dos Santos Lins

Marcia Sacramento Cunha Machado

Rivaldo Mendes de Albuquerque

Jose Paulo de Siqueira Guida

Zelia Maria Campos

Marli Camara Abelha