

**A CADEIA DE CUSTÓDIA DE  
VESTÍGIOS DOS CRIMES SEXUAIS:  
OS DESAFIOS PARA IMPLANTAÇÃO  
DESSA NOVA POLÍTICA PÚBLICA DE  
ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA  
DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO SUS**  
*CUSTODY CHAIN OF THE TRACES FROM  
SEXUAL CRIMES: THE CHALLENGES  
FOR IMPLEMENTATION OF THIS  
NEW PUBLIC POLICY IN THE CARE OF  
WOMEN VICTIM OF SEXUAL VIOLENCE  
IN SUS*

**Fernanda Schieber Saúde Vilas Boas de Oliveira Jota 1**  
**Alessandra da Rocha Arrais 2**  
**Elen Carioca Zerbine 3**  
**Renata Rodrigues de Melo Almeida 4**

Psicóloga da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Atua nos 1  
Centros de Prevenção e Assistência a Pessoas em Situação de Violência  
(CEPAV): Calíandra (Adolescento), Jasmim e Margarida (HRAN). Mestre em  
Psicologia Clínica e Cultura pela UNB. Especialista em Teoria Psicanalítica pelo  
UNICEUB. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5779590834659904>. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7059-3871>. E-mail: [schieberfernanda@gmail.com](mailto:schieberfernanda@gmail.com)

Graduação (1992), Mestrado (1997), Doutorado (2005) e pós- 2  
doutorado (2017) em Psicologia Clínica e da saúde pela UnB. Psicóloga da  
Secretaria de Estado de Saúde do DF. Docente permanente e orientadora  
do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Escola  
Superior em Ciências da Saúde (ESCS) da FEPECS. Sócia-diretora da Escola de  
Profissionais da Parentalidade - EPP. Psicóloga clínica e perinatal da clínica Tons  
da Maternidade, em Brasília. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9699253332371138>.  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1057-6914>.  
E-mail: [alearraais@gmail.com](mailto:alearraais@gmail.com)

Psicóloga da Secretaria de Estado de saúde do Distrito Federal. 3  
Especialista em Teoria Psicanalítica/UNB e Avaliação Psicológica/IPOG.  
Mestre em Qualidade na Assistência à saúde da mulher pela Escola Superior  
em Ciências da Saúde (ESCS). Psicanalista. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7725468443587822>. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4366-2031>.  
E-mail: [cariocaelen@gmail.com](mailto:cariocaelen@gmail.com)

Assistente Social, Graduada pela Universidade de Brasília (2010). 4  
Servidora da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Especialização em  
Gestão do Sistema Único de Assistência Social pela Faculdade Pitágoras  
(2011 a 2013). Especialização Lato Sensu em Bioética pela Universidade de  
Brasília (2015). Atualmente lotada no NUPAV Centro-Sul, no Programa de  
Interrupção Gestacional Prevista em Lei - PIGL. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7247742916401967>. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5096-974X>.  
E-mail: [renata.melo18@gmail.com](mailto:renata.melo18@gmail.com)

**Resumo:** A Cadeia de Custódia (CC) é uma nova política pública que estrutura o processo de coleta, registro e armazenagem do vestígio da violência sexual. Sua instalação no SUS tem enfrentado desafios. Apesar de existirem hospitais que realizam esse serviço no Brasil, nenhum é credenciado oficialmente junto ao Ministério da Saúde (MS) para a realização deste. Objetivo: conhecer e avaliar o processo de implantação da CC em dois hospitais indicados pelo MS, um em Curitiba-PR, outro em Belo Horizonte-MG. Método: estudo descritivo-exploratório realizado durante visitas técnicas nos hospitais, quando entrevistou-se profissionais que atuam na CC. Analisou-se o conteúdo das entrevistas que originaram quatro categorias, que revelaram que apesar de existirem legislações que sustentam a implantação da cadeia de custódia no âmbito do SUS, ela só é possível mediante uma forte articulação entre as Secretarias de Saúde e Segurança Pública para que esse atendimento seja realizado de forma oficial, contínua e eficaz.

**Palavras-chave:** Violência Sexual. Cadeia de Custódia. Vestígios. SUS.

**Abstract:** The Chain of Custody (CC) is a new public policy that structures the process of collecting, recording and storing the traces of sexual violence. Its installation in SUS has faced challenges. Although there are hospitals that perform this service in Brazil, none are officially accredited in the Ministry of Health (MS) to do so. Objective: To know and evaluate the process of implantation of the CC in two hospitals (Curitiba-PR, and Belo Horizonte-MG) indicated by the MS. Method: a descriptive-exploratory study, done during technical visits to these hospitals, professionals working in the CC were interviewed. We analyzed the content of the interviews which originated four categories, that revealed although there are laws that support the implementation of the chain of custody within the SUS, it is only possible through a strong articulation between the Health and Public Safety Secretariats so that the service is carried out officially, continuously and effectively.

**Keywords:** Sexual Violence. Custody Chain. Traces. SUS.

## Introdução

A violência sexual contra mulheres tem sido tratada pela OMS como um problema de saúde pública (KRUG et al, 2002). O fenômeno tem impactado os serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Os casos de violência sexual no Brasil têm aumentado de forma importante, segundo o 13º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2019) que revela que das 66.041 ocorrências policiais deste tipo, em 2018, 81,8% são referentes às mulheres. Esse é o maior número de registros de estupros em todos os tempos.

Mas, esse número pode ser ainda maior, pois existe uma significativa subnotificação quanto a esse tipo de crimes. As mulheres alegam dois principais motivos para não registrar o boletim de ocorrência: vergonha de ser desacreditada pela polícia, medo de represálias pelo agressor. Um estudo, realizado pelo IPEA em 2014, aponta que apenas 10% dos casos de estupro são relatados à polícia (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

Diante dessa realidade, é possível inferir que os equipamentos públicos ainda não estão devidamente preparados para atender esse público. A escuta dos profissionais que ali estão, via de regra, é permeada por julgamentos morais e pouco discernimento ético. Além disso, segundo aponta Menicucci (2005), muitas mulheres ainda relutam em procurar atendimento médico após a violência por acreditarem que, em primeiro lugar, é necessário buscar a polícia para registrar o boletim de ocorrência.

As políticas públicas voltadas para a mulher vítima de violência só surgiram de forma sistemática e consistente, a partir da criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, em 2003. Antes disso, ações eram registradas de forma isolada e sem foco em questões de gênero. Segundo Bandeira (2005, p. 3) “A criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – SPM, impulsionadora e articuladora dessa nova institucionalização, representou um imenso avanço para o movimento feminista na sua luta pelo fim da desigualdade de gênero”.

É possível listar três importantes marcos que embasaram a construção de políticas públicas para o enfrentamento à violência sexual contra mulheres desde 2004: o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (BRASIL, 2007), a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (BRASIL, 2011) e os três Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2004, 2007 e 2013).

Todos esses documentos versam sobre a importância da priorização das questões de gênero na construção de políticas públicas para as mulheres. Em decorrência deles, duas grandes conquistas no que tange o atendimento a vítimas de violência sexual foram publicados: a Lei Federal 12.845 de agosto de 2013, que versa sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual; o Decreto nº 7.958 de março de 2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS; e a Portaria Interministerial nº 288 de março de 2015.

O corpo da Lei 12.845 é curto, mas deixa claro como deve ser feito o atendimento a vítimas de violência sexual no âmbito das emergências. Além disso, traz o conceito de violência sexual que não deveria deixar margens a entendimentos parciais. Porém, é sabido que esse tipo de atendimento insuficiente ainda acontece comumente nas emergências de todo o Brasil.

Essa Lei é um marco para os profissionais da saúde que atendem vítimas de estupro. Além de exigir que a paciente receba atendimento médico, farmacológico e psicossocial; ainda atenta para a importância da preservação dos vestígios da violência. Sendo assim, entende-se que essa Lei se atenta tanto às questões da atenção quanto da responsabilização nos casos de violência sexual, especialmente quando aponta sobre a necessidade de facilitar o registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;

§ 2º No tratamento das lesões, caberá ao médico preservar materiais que possam ser coletados no exame médico legal.

§ 3º Cabe ao órgão de medicina legal o exame de DNA para identificação do agressor.)

Foi essa Lei que abriu caminho jurídico para a publicação da Portaria Interministerial nº 288 que foi feita entre o Ministério da Justiça, o Ministério da Saúde e a Secretaria de Políticas

para as Mulheres. Ela estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual entre os profissionais de segurança pública e aqueles do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.

O decreto 7.958 prevê que o atendimento à mulher vítima de violência sexual na emergência seja realizado por equipe treinada. A equipe deverá ser composta por médico ginecologista, enfermeiro, psicólogo e assistente social. Seu objetivo principal é evitar uma peregrinação da mulher aos órgãos de saúde e justiça, logo após o evento da violência.

Além de prever atendimento psicológico e do serviço social, a mulher poderá ter coletado o material genético relativo à violência e armazenado no próprio hospital através da cadeia de custódia. Com isso, a ida da mulher ao IML após o atendimento no hospital seria evitada; e consequentemente, seria evitado o processo de revitimização.

Em 2015, o Ministério da Saúde lançou a Norma Técnica: Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Esse documento,

[...] Integra uma das ações do Programa Mulher Viver sem Violência lançado em 13 de março de 2013 pela Presidência da República, coordenado pela SPM/PR – Secretaria de Políticas para as Mulheres, com a parceria do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde. O Programa Mulher, Viver sem Violência representa uma ação importante para garantir a união necessária de esforços para combater as várias formas de violência contra as mulheres, assegurar e garantir o acesso ao atendimento integral e humanizado do qual necessita nesse contexto e contribuir para o enfrentamento da impunidade dos agressores' (MS, 2015, p. 8).

A cadeia de custódia implica na coleta e no registro do processo de coleta e armazenagem do material biológico que restou como vestígio da violência. A Norma Técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios, publicada pelo Ministério da Saúde, em 2015, traz em si todo o protocolo para a segura realização deste serviço. Traz ainda a lista dos materiais e estruturas necessárias para sua realização.

O processo de instalação de cadeias de custódias no âmbito do SUS estava previsto para ocorrer em todo o Brasil. Apesar de já existirem serviços em Belo Horizonte e Curitiba que trabalham com modelos de pactuação entre justiça e saúde, ainda não existe serviço oficialmente habilitado como cadeia de custódia, pelos órgãos competentes.

A Cadeia de Custódia de vestígios de violência sexual no âmbito do SUS tem como objetivo principal o acolhimento efetivo e humanizado às mulheres em situação de violência. Para isso, se faz imprescindível sensibilizar profissionais de saúde e capacitá-los para tal protocolo de atendimento. Outra função seria minorar a revitimização sofrida pela mulher. Havendo esse serviço no hospital, a mulher seria ouvida uma única vez pela equipe especializada de plantão. Enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais ouviriam juntos o relato da paciente. Após isso, o médico prescreveria as medicações antirretrovirais e colheria os vestígios. A enfermeira armazenaria os vestígios e ministraria a medicação. O psicólogo faria o trabalho de intervenção em crise e a assistente social faria os encaminhamentos necessários junto à Rede.

Além das políticas listadas acima, é mister destacar a Portaria nº 1.508 de 1º de setembro de 2005, do Ministério da Saúde, que regulamenta a assistência aos serviços de Aborto Previsto em Lei no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa, como as demais políticas citadas anteriormente, encontra dificuldades em ser implementada na maioria dos estados e municípios brasileiros. Segundo pesquisa realizada por Madeiro e Diniz (2015), dos 56 hospitais listados pelo Ministério da Saúde como serviços especializados para o aborto previsto em lei, 37 deles estavam capacitados para o serviço, porém, sete não estavam ativos.

Apesar de toda a legislação acima exposta, que tenta englobar todo tipo de atendimento que tange a violência sexual contra a mulher, percebe-se que a assistência a esses casos ainda é deficitária.

Diante do exposto, surgiu o interesse em realizar a pesquisa-mãe intitulada: “Atendimento a vítimas de violência sexual na emergência do HMIB: analisando o modelo atual e prospectando mudanças com a cadeia de custódia no SUS”; que teve como objetivo geral compreender o atual modelo de atendimento a vítimas de violência sexual na emergência do HMIB e avaliar as mudanças práticas e atitudinais ocorridas após a implementação da cadeia de custódia no SUS.

Para melhor compreender como se faria a implantação da cadeia de custódia no HMIB, optou-se primeiramente, por conhecer dois serviços em que a referida cadeia já estivesse implantada. Por indicação do Ministério da Saúde, foram realizadas visitas-técnicas no Hospital Odilon Behrens, em Belo Horizonte e o Hospital de Clínicas de Curitiba, por serem instituições que já realizavam atendimento a vítimas de violência sexual na emergência com coleta de vestígios. Todavia, não estavam cadastrados oficialmente no Ministério da Saúde como prestadores de tal serviço. Ambos compõem a Rede SUS de atenção hospitalar de seus municípios. O Odilon Behrens é mantido e administrado pela prefeitura de Belo Horizonte. O Hospital de Clínicas é mantido em uma parceria entre o governo do estado do Paraná e a Universidade Federal do Paraná, e está sob administração da EBSERH.

Neste artigo serão apresentados os resultados da pesquisa de campo feita nesses serviços em que a cadeia de custódia já era uma realidade e encontrava-se em funcionamento.

## Materiais e Métodos

O delineamento para a pesquisa foi qualitativa, com a realização de entrevista semiestruturada com os profissionais que atuam na cadeia de custódia, seguindo os pressupostos de um estudo descritivo exploratório.

A amostra foi por conveniência, sendo incluídos funcionários dos dois hospitais que foram indicados pelo Ministério da Saúde. Foram entrevistados individualmente seis profissionais, sendo quatro do Hospital Odilon Behrens e 2 do Hospital das Clínicas, conforme tabela a seguir:

**Tabela 1.** Caracterização dos participantes da pesquisa em ambos hospitais

Nome fictício*	Profissão/função	Setor/serviço	Hospital	Cidade/ Estado
Luiza	Enfermeira	bloco obstétrico	Odilon Behrens	Belo Horizonte/MG
Letícia	assistente social	maternidade	Odilon Behrens	Belo Horizonte/MG
Lorena	Psicóloga	maternidade	Odilon Behrens	Belo Horizonte/MG
Larissa	médica ginecologista	ambulatório de violência sexual	Odilon Behrens	Belo Horizonte/MG
Mateus	médico ginecologista/ docente/coordenador	Emergência obstétrica/ UFPR	Hospital de Clínicas	de Curitiba/PR
Márcio	médico ginecologista/ perito ad-hoc	Emergência obstétrica/ IML	Hospital de Clínicas	de Curitiba/PR

**Fonte:** dados da pesquisa. Tabela elaborada pelas pesquisadoras.

A coleta de dados foi realizada durante as visitas técnicas. A primeira foi ao Hospital de Clínicas em Curitiba, que foi visitado em maio de 2017 e, posteriormente, ao Hospital Odilon Behrens, em Belo Horizonte, em julho de 2018.

Em ambos as instituições visitadas, o contato inicial foi com a direção do hospital que nos encaminhou para o setor específico de atendimento às mulheres em situação de violência

sexual para entrevistar alguns profissionais de saúde que estavam atuando nesse serviço. Os participantes foram abordados durante os seus horários de trabalho, conforme sua disponibilidade, em local por eles escolhido. Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, composta por um roteiro com 10 questões abertas, sobre a fase de implantação, manutenção e avaliação da cadeia de custódia nos serviços visitados, elaboradas pela própria equipe de pesquisa

As entrevistas foram analisadas pela técnica de análise do conteúdo de Bardin (2011), associando o conteúdo das entrevistas e o referencial teórico, de acordo com os objetivos propostos. A análise do conteúdo oscila entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade, levando o investigador à atração pelo latente, o aparente, o não dito, o potencial (BARDIN, 2011). Nesse tipo de análise optamos por utilizar unidades de registro variadas (palavras, frases, textos) para decompor o conjunto da mensagem. A partir dos relatos foi feito um agrupamento do conteúdo por semelhança, em função de características comuns, que deram origem a quatro categorias e oito subcategorias, a saber:

Categoria 1: Processo histórico da implantação do serviço de coleta de vestígios no hospital.

Subcategoria 1.1: A implantação se dá por iniciativa individual de uma profissional de referência

Subcategoria 1.2: Resistência dos profissionais para aderirem ao serviço de cadeia de custódia

Categoria 2: Condições favoráveis para a implantação

Subcategoria 2.1: Ambiente universitário X ambiente Hospitalar

Subcategoria 2.2: Aproximação entre as Secretarias de Segurança Pública e Secretaria de Saúde

Categoria 3: Desafios encontrados no processo de implantação

Subcategoria 3.1: dificuldades com relação a estrutura física e ambiência

Subcategoria 3.2: Briga de poder: a violência é uma questão de saúde ou de polícia?

Categoria 4: Melhorias alcançadas no atendimento para a mulher em função da cadeia de custódia

Subcategoria 4.1: Prioriza a saúde da vítima

Subcategoria 4.2: Desobrigação do registro do boletim de ocorrência.

Cabe esclarecer que este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob Parecer nº 1.226.439, de 14/09/2015, nº CAAE 48229015.1.0000.5553. Esta pesquisa seguiu os princípios éticos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, além de estar em consonância com os princípios do Código de Ética dos Profissionais da Psicologia vigente. Não há conflito de interesses para a realização dessa pesquisa, que está inserida em um Projeto-Mãe financiado pela *Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS)*.

## Resultados e Discussão

Inicialmente, cabe esclarecer que se tomou conhecimento que o Hospital de Clínicas em Curitiba realiza o trabalho de coleta de vestígios, há mais de 12 anos, através do treinamento de peritos ad hoc, pela Secretaria de Segurança Pública. Já no Hospital Odilon Behrens, em Belo Horizonte, a coleta de vestígios acontecia há cerca de 3 anos, pelos próprios médicos de plantão na emergência.

O processo de análise de conteúdo e categorização dos resultados das entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de saúde deu origem a quatro categorias temáticas, as quais serão apresentadas a seguir.

### **Categoria1: Processo histórico da implantação do serviço de coleta de vestígios no hospital**

Em ambos os hospitais, foi possível identificar alguns processos em comum, que deram origem a subcategorias, a saber:

### **Subcategoria 1.1: A implantação se dá por iniciativa individual de uma profissional de referência**

Houve um servidor de referência que tinha um interesse profissional pela temática da violência e pela ideia de implantar o serviço. Por iniciativa desses profissionais, outros foram se juntando ao serviço quando perceberam que coletando o vestígio da mulher no hospital, reduziria seu caminho em busca de serviços que a atendesse na fase aguda pós-violência. Os trechos abaixo corroboram essa percepção:

“Depois de muita conversa, nós sempre achamos o seguinte: a mulher, ela ir pela cidade, depois de uma violência sexual, não sabe onde ir.. vai lá no IML, vai na delegacia, vai no hospital, onde é que ela tem que ir? Onde é que tem que centralizar? [...] e daí depois de muita discussão com todo mundo, com a secretaria de saúde, secretaria de segurança pública. Por que que o IML não vai ao hospital? E nós conseguimos, depois de muita discussão, que o Estado aceitasse, que a secretaria de segurança aceitasse que haveria médicos de plantão para atender chamadas especificamente para violência sexual” (Márcio, Curitiba).

“O serviço da coleta de vestígios foi implantado pelo Dr. André Roquete (falecido há um ano), médico perito que trouxe muitas informações para o hospital e implantou também o ambulatório de violência sexual que acontece todas as quintas-feiras” (Larissa, Belo Horizonte).

Ressalta-se nos trechos acima que o trabalho de atenção à violência é permeado por atores isolados que, em muitos casos, se prontificam a realizar esses serviços de forma individual, por uma motivação pessoal e compromisso profissional e sem apoio institucional. Ainda assim, em ambos os hospitais visitados, o que começou como um trabalho individual foi, aos poucos, caminhando para a institucionalização, como pode ser observado no trecho abaixo:

“Então, o que aconteceu foi que a partir de 2002 houve a participação da Secretaria Municipal de Saúde, porque antes éramos só nós, então a gente tinha que inventar coisa, né, inventar protocolo e tal, era sozinho, também não tinha muita coisa escrita, era mais essas reuniões nacionais que tinha uma reunião ao ano, geralmente durante os eventos de ginecologia e Obstetrícia a gente se reunia, porque não tinha verba, né, para levar todo mundo. Daí a secretaria de saúde nos contactou que ela queria participar” (Mateus, Curitiba).

“Interesse tanto da saúde quanto da Polícia Civil em implantar a coleta [...] Uma confluência entre os profissionais do hospital e da Polícia Civil, havia um médico que também era policial e isso contribuiu” (Luíza, Belo Horizonte).

Observa-se nos relatos acima, que foi necessário muito empenho, motivação, discussão, descentralização e uma “dose de pioneirismo” de profissionais de referência para que a cadeia de custódia pudesse ser implementada. Acreditamos que esse mesmo processo possa ter acontecido em outros serviços deste tipo no Brasil, como o da experiência exitosa em Teresina/PI, segundo Pinto et al (2017).

## Subcategoria 1.2: Resistência dos profissionais para aderirem ao início do serviço de cadeia de custódia

Por outro lado, observou-se também que o processo de institucionalização, para implantação da cadeia de custódia esbarrou em diversos desafios tanto no que se refere à logística do serviço, principalmente quanto aos recursos humanos envolvidos no atendimento. Alguns dos profissionais de saúde que atendem nas emergências obstétricas e, portando deveriam prestar o atendimento as vítimas de violência sexual, apresentam resistência para atender essa clientela. Muitos profissionais se negam ou “fogem” do atendimento, como foi constatado por Arrais, Zerbini, Jota, Almeida, Costa e Silva (2020).

Na entrevista realizada em Belo Horizonte ficou claro que, embora existisse interesse na implantação do serviço, havia também resistência dos profissionais:

“Existiu interesse tanto da saúde quanto da Polícia Civil em implantar a coleta, mas existem dificuldades em ambos os lados, por insegurança da parte da equipe médica e pela demora do atendimento que interfere no atendimento da emergência. Houve uma resistência inicial muito grande. Mas as equipes foram se organizando” (Luíza, Belo Horizonte).

Assim como em Curitiba, onde os profissionais foram apresentados à proposta e alguns não se identificavam ou tinham interesse:

“Então foi se constituindo o grupo com convites pessoais, mostrando a proposta e vendo se a pessoa se identificava, **alguns não se identificavam, não tinham interesse**, mas a gente procurou, desde o início, que tivesse representantes de serviços referenciados” (Márcio, Curitiba) (grifo nosso).

Em estudos realizados em serviços de emergência de São Paulo (SOUZA et al, 2015) e Ribeirão Preto (HASSE; VIEIRA, 2014), é possível entender que existe uma resistência de profissionais da saúde em atender vítimas de violência sexual, tanto por despreparo e falta de treinamento quanto por parte deles entender esse, não como problema de Saúde Pública, e sim como um problema de polícia.

## Categoria 2: Condições favoráveis para a implantação

Percebe-se que o contexto diferente dos dois hospitais: um ligado à universidade e outro ligado à Prefeitura da cidade, mudam a conjuntura de implantação de um serviço como esse.

### Subcategoria 2.1: Ambiente universitário X Ambiente Hospitalar

No ambiente universitário existe o interesse pelo estudo do novo, do inexplorado, além de dispor de capital humano para compor as equipes, por meio dos programas de internato e residência. Parece que isso favoreceu a efetivação e continuidade do serviço, como pode ser visto no relato abaixo:

“Na verdade, não encontramos nenhuma dificuldade, porque o grupo nasceu aqui no Hospital de Clínicas, nós somos médicos e professores, pegamos profissionais da PUC, da outra Universidade, de outro hospital universitário, então não houve dificuldade para formar esse grupo inicial” (Márcio,

Curitiba).

No Hospital das Clínicas, as resistências dos profissionais são trabalhadas no curso anual de atendimento a vítimas de violência sexual, que o hospital oferece a todos os residentes e internos que chegam ao estabelecimento de saúde. Há, portanto, uma educação permanente sobre essa temática nesse serviço.

“Outra coisa que nós fazemos aqui é que esse ano nós tivemos o 12º curso de atendimento as vítimas de violência sexual que é obrigatório para os residentes. Os residentes precisam saber atender e a lidar com casos de violência sexual antes de começar a residência em si é fundamental” (Mateus, Curitiba).

No entanto, no Odilon Behrens o movimento de criação do serviço de coleta de vestígios enfrentou mais resistências do que no Hospital de Clínicas, que se trata também de um hospital universitário, houve fácil adesão dos profissionais que ali trabalham.

“O Odilon é um Hospital Geral e as pacientes vítimas de violência sexual chegam pelo fluxo de atendimento normal da emergência, passam pela triagem e, na classificação de risco, recebem a pulseira amarela para dar mais prioridade ao atendimento. Após o atendimento inicial na emergência, as pacientes seguem para atendimento médico no Bloco Obstétrico” (Luíza, Belo Horizonte).

Em diversos momentos da entrevista no Hospital de Curitiba, foi possível perceber que o interesse pela criação de um serviço inovador encontrou terreno fértil entre os profissionais que ali estavam e também eram docentes da Universidade.

## **Subcategoria 2.2: Aproximação entre as Secretarias de Segurança Pública e Secretaria de Saúde**

Um serviço como o de coleta de vestígios no âmbito do SUS é complexo e seu sucesso depende da qualidade da organização, relação e comunicação estabelecidas entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Segurança Pública do município. São secretarias que não têm, por hábito, unir forças para o atendimento ao cidadão. Porém, em Belo Horizonte, o fato de o médico líder desse processo ter sido profissional tanto da saúde quanto da segurança pública, foi um grande facilitador. Além disso, segundo a profissional entrevistada, havia interesse da Polícia Civil pelo serviço no hospital.

“Todos os médicos foram capacitados pela Polícia Civil para fazer coleta de vestígios, essa demanda surgiu da própria polícia civil para não perder os vestígios das pacientes que procuravam, primeiramente, o hospital após um abuso sexual” (Luíza, Belo Horizonte).

Já em Curitiba, como o processo envolveu desde o início as Secretarias de Saúde e de Segurança Pública, outros facilitadores foram apresentados pelo entrevistado:

“Existiram três pilares fortes para iniciar né: o momento, pela Lei Maria da Penha; o interesse da secretaria, o apoio

da secretaria e a participação dos hospitais universitários” (Márcio, Curitiba).

Em Curitiba, o acordo entre as secretarias se deu por treinamento de peritos ad hoc. Desse modo, são os próprios médicos do hospital que têm escala protegida para o serviço de coleta de vestígios, conforme relatado na entrevista:

“No IML, esse grupo formado passou por um treinamento, nós recebemos treinamento junto aos peritos oficiais, todos ginecologistas e nós passamos a ser denominados peritos “ad hoc” para o atendimento das vítimas de violência sexual. [...] Nós recebemos esse kit, todo esse material do Instituto Médico Legal, eles fornecem para nós. Nós colhemos tudo e levamos o material para o IML, lá funciona um pouco como nosso escritório, nós vamos para lá e fazemos os laudos” (Márcio, Curitiba).

Ademais, foi possível perceber que outro facilitador encontrado foi que, nos dois hospitais, já havia o serviço de referência ao atendimento de mulheres vítimas de violência sexual na emergência. Portanto, à população, a Secretaria de Segurança já referenciava esses hospitais para o atendimento dessa clientela. Por outro lado, seus profissionais já estavam acostumados e tinham experiência em lidar com essa demanda e já acumulavam experiência no atendimento emergencial. O preparo dos profissionais na emergência hospitalar é determinante para o sucesso do trabalho.

Porém, este trabalho, através dos dados obtidos nas entrevistas, vem afirmar que, mediante treinamento prévio e específico, é possível fazer com que os profissionais da saúde consigam executar a coleta e a cadeia de vestígios no âmbito do SUS de forma competente e mantendo a licitude da pretensa prova ali colhida. Apesar da grande resistência e insegurança nos servidores da saúde em relação à tamanha responsabilidade é possível inferir que com institucionalização do processo e apoio da segurança pública, é possível oferecer esse tipo de atendimento de forma eficaz.

Enfim, é um trabalho intersecretarias como prega a Norma Técnica de Atenção às Pessoas em Situação de Violência sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios que viabilizará esse serviço.

### **Categoria 3: Desafios encontrados no processo de implantação**

A implementação de uma política pública robusta como a coleta de vestígios no âmbito do SUS se depara com fortes desafios e resistências. O bom atendimento não passa apenas pela qualificação dos profissionais. Isso reverbera no entendimento de que não basta coletar o vestígio de qualquer forma; o que será discutido na próxima subcategoria.

#### **Subcategoria 3.1: dificuldades com relação à estrutura física e ambiência**

Na época em que as entrevistas foram realizadas, havia três anos que o serviço de coleta de vestígios tinha sido implantado no Odilon Behrens e 12 anos no Hospital de Clínicas. É preciso disponibilizar a estrutura adequada para o atendimento às vítimas e fornecer continuamente os insumos necessários para a coleta e também para o armazenamento adequado dos vestígios nos serviços de saúde, como pode ser visualizado o relato abaixo:

“A Polícia Civil fornece todo o material para coleta, lacrado, com número de série, e etiquetado. Eles fornecem também um guia indicando o passo a passo para coleta de vestígios.

Com isso, foi montada uma caixa com todos os impressos relativos à Violência Sexual para que o profissional possa consultar e sanar eventuais dúvidas” (Luíza, Belo Horizonte).

“Todas as pacientes nossas passam pelo acolhimento, né, daí a gente faz agora a classificação de risco, faz algum tempo, trata a mulher como laranja, porque vermelho seria aquela que entra correndo de maca e não dá tempo de esperar, daí a gente finaliza um atendimento e já vai atender a vítima de violência. A gente explica todo o protocolo de atendimento, ela é levada numa sala separada, não fica no hall com as demais pacientes” (Mateus, Curitiba).

Em Curitiba, os peritos ad hoc além do treinamento do IML, recebem os kits para coleta dos vestígios, que são compostos da seguinte forma:

“Nós temos preparado um kit que consta vários formulários como de conjunção carnal; de ato libidinoso, ou seja, qualquer relação que não haja penetração pênis-vagina, é ato libidinoso; de lesão corporal, esses são os laudos que nós fazemos; consta também a requisição de exames clínicos, toxicológico, quando necessário e “Termo de Cessão” de quando a gente coleta roupa íntima da vítima; temos também os frascos para coleta de sangue [...] Porque são feitos exames, né, o Beta-HCG, para doenças sexualmente transmissíveis e swabs esterilizados para coleta de vestígios de sêmen” (Márcio, Curitiba).

É necessário melhorar a ambientação, o espaço de escuta, além do treinamento dos profissionais. Porém, durante as visitas, observamos que, apesar dos serviços de coleta terem sido implementados, esses cuidados nem sempre foram tomados, como revela o trecho abaixo:

“Os hospitais aderiram esse procedimento para evitar a revitimização, mas o Odilon não tem ambiente adequado para acolher essas pacientes, elas ficam junto de mulheres que estão ganhando neném com gravidez planejada” (Luíza, Belo Horizonte).

Cabe alertar ainda que, se após a coleta o material não for devidamente armazenado e posteriormente analisado, para nada será útil e a prova criminal será facilmente invalidada. A precarização do serviço no Odilon Behrens passa pelo enfraquecimento do elo com a polícia.

“Atualmente, por questões políticas e financeiras os kits estão em falta, e por isso o hospital não está mais colhendo os vestígios temporariamente. A coleta continua sendo feita no IML” (Luíza, Belo Horizonte).

O enfrentamento dos desafios depende da formação de uma equipe coesa, capaz de sensibilizar seus pares de forma a multiplicar a ideia de que é na saúde que a mulher vítima de violência precisa se amparar para receber o apoio técnico adequado após a vivência de tal experiência traumática.

“Trata-se da elaboração e implementação, por parte do Estado, de elaboração de políticas públicas de coibição, enfrentamento e superação da violência, as quais desempenham papel crucial nessa dinâmica, seguidas de apoio familiar e comunitário” (FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015, p. 334).

### **Subcategoria 3.2: Briga de poder: a violência é uma questão de saúde ou de polícia?**

Ainda hoje, é comum que as pessoas acreditem que a violência sexual seja caso, exclusivamente, de segurança pública. Isso se deve ao fato de a vítima não ser vista na sua integridade. Dela não ser colocada no epicentro do cuidado. Se ela for a principal razão do atendimento, seria óbvio pensar que a violência sexual é, antes de tudo, um caso de saúde pública (FAÚNDES, 2006). O relato abaixo mostra essa ideia:

“E isso foi uma grande discussão, foram meses de discussão, porque a delegacia achava que tinha que ir na delegacia, o hospital achava que tinha que ir no hospital, cada um acha que é o seu” [...] (Márcio, Curitiba).

Com essa fala é possível apreender que é na saúde que a mulher encontra o atendimento inicial e adequado após a violência sexual. Quando o foco é exclusivamente na coleta de vestígios, a mulher parece ser tirada do lugar de principal necessitada de atendimento. “Infelizmente são priorizadas as necessidades da justiça de identificar e perseguir o agressor, em relação às necessidades da mulher violentada” (FAÚNDES, 2006, p. 129).

Para Menicucci (2005), nos casos de violência sexual, o procedimento do IML ainda é exigido pela polícia para composição do inquérito. Essa é uma situação que obriga a mulher a realizar mais um exame ginecológico; que se tivesse sido feito no hospital, não haveria necessidade de mais esse no IML.

Considerando que é na saúde que a mulher conseguirá atendimento para os agravos decorrentes da violência sexual, aproveitar esse momento para colher os vestígios desse fenômeno seria evitar a vitimização secundária e garantir que, de fato, esse material não se perderá.

Por outro lado, no percurso da nossa pesquisa, desde o curso interministerial promovido para implantação da cadeia de custódia realizado em 2015, até a escuta dos entrevistados, foi possível perceber que existe uma discussão importante entre saúde e segurança pública, no sentido de indicar quem está mais preparado para a coleta e preservação dos vestígios da vítima de violência sexual. Segundo Prado:

“O instituto da cadeia de custódia objetiva discutir a possibilidade concreta de manipulação indevida do elemento probatório, notadamente porque a cadeia de custódia da prova “leva em consideração questões de ordem prática como, por exemplo, a manipulação indevida do elemento probatório com o propósito de incriminar ou isentar alguém de responsabilidade e também interroga, no plano teórico, as condições concretas do melhor conhecimento judicial” (PRADO, citado por MENEZES; BORRI; SOARES, 2018, p. 282).

Empiricamente, percebeu-se que existe uma discussão interna na segurança pública sobre a necessidade de execução de cadeia de custódia na própria polícia para que não ocorra a ilicitude da prova pericial.

## **Categoria 4: Melhorias alcançadas no atendimento para a mulher em função da cadeia de custódia**

Como a implantação da cadeia de custódia nos serviços visitados, observou-se algumas melhorias alcançadas no atendimento para a mulher vítima de violência sexual, que foram agrupadas em duas subcategorias de análise, a saber:

### **Subcategoria 4.1: Prioriza a saúde da vítima**

Tanto os profissionais do Odilon Behrens, quanto dos HC, concordam que o melhor lugar para uma vítima ser atendida após um evento violento, é o hospital, como fica claro no relato a seguir:

“A centralização é hospital, não há a menor dúvida! [...] Nós defendemos que deveria ser no hospital, inclusive é pergunta de prova para os estudantes de medicina, onde é que as mulheres têm que ir quando sofre violência sexual? É no hospital ou na unidade da saúde, ela precisa de profissionais de saúde, não de polícia, a polícia é problema dos outros, não é dela [...]” (Mateus, Curitiba).

Em ambos os hospitais pesquisados, existe fluxo estabelecido para que a mulher seja acolhida de forma prioritária na emergência.

Tanto no Odilon Behrens quanto no Hospital de Clínicas de Curitiba, os residentes médicos recebem treinamento sobre atendimento a vítimas de violência sexual. Em Curitiba, os anos dedicados a essa temática culminaram na publicação em 2018 do Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual, que versa, inclusive, sobre a coleta de vestígios no âmbito do SUS.

Por fim, considerando que somente a rede pública de saúde tem autorização do Ministério da Saúde para disponibilizar remédios profiláticos em casos de violência sexual, é possível inferir que mulheres de todas as classes, raças ou seguimentos sociais, que forem submetidas a uma situação como essa, deveriam passar, em primeiro lugar, por uma emergência hospitalar pública. Quando os profissionais são devidamente treinados e preparados para esse tipo de atendimento, é possível oferecer esse serviço de forma eficiente (PINTO et al, 2017).

### **Subcategoria 4.2: Desobrigação do registro do boletim de ocorrência**

Outra questão crucial nesse tipo de atendimento é o boletim de ocorrência. A coleta de vestígios é feita tradicionalmente pelo IML. Para que isso ocorra, a vítima precisa ir a uma delegacia e registrar o fato. O delegado é quem emite um pedido de exame médico legal e a vítima vai ao IML para tal exame ser feito.

A proposta da coleta de vestígios no âmbito do SUS, desobriga a vítima de registrar o boletim de ocorrência. Como ainda não há esse serviço de forma oficial no Brasil, os dois hospitais entrevistados, decidiram por fluxos próprios para esse procedimento.

No Odilon Behrens, são os médicos de plantão quem colhem o material da vítima utilizando o “kit de coleta” entregue pela polícia. Após isso, o hospital fica esperando a Polícia Civil recolher esse material.

No Hospital de Clínicas de Curitiba, oito médicos da secretaria de saúde foram treinados por peritos do IML para ficarem à disposição do hospital, mediante escala pré-estabelecida, de modo a serem acionados caso chegue alguma vítima no hospital.

Em ambos os hospitais pesquisados, não há obrigatoriedade do registro do boletim de ocorrência, mas em Curitiba existe um trabalho de incentivo para que a mulher o faça.

“Geralmente, elas têm vindo para cá sem boletim de ocorrência e a nossa grande parceria que acontece é que nós ligamos para delegacia da mulher, passamos os dados, e ela nos passa via e-mail o pedido para o perito fazer o exame: ato libidinoso, lesão corporal e conjunção carnal; toxicológico, às vezes, né. Então eles passam por e-mail gente imprime e chama o perito para vir coletar (Mateus, Curitiba).

Não é necessário B.O para coleta de vestígios, ela pode colher e depois decidir se registrará ocorrência ou não; o material fica armazenado por 5 anos no IML” (Luíza, Belo Horizonte).

Os avanços no atendimento à mulher vítima de violência sexual com a coleta de vestígios no âmbito do SUS são notáveis. A autonomia da mulher preservada, bem como a redução da revitimização, são fatores primordiais para a continuidade desse serviço.

### **Considerações Finais**

O atendimento a vítimas de violência sexual na emergência com a cadeia de custódia no SUS é um grande desafio para os serviços hospitalares no Brasil. Mesmo para aquele hospital que conseguiu iniciar o trabalho, como é o caso do Odilon Behrens, em Belo Horizonte, mantê-lo funcionando de forma plena e efetiva precisa de um sólido acordo entre a Secretaria de saúde e a de Segurança Pública. O que não ocorreu no referido hospital. Porém, apesar de nesse serviço ainda existirem desafios para a sua manutenção e bom funcionamento, observou-se que mudanças práticas e atitudinais ocorreram após a implementação da cadeia de custódia.

No serviço de Curitiba, foi possível perceber que o fato do serviço ter sido implantado em um Hospital Universitário, contribuiu para a manutenção e continuidade da oferta. Isso se deve ao fato de a cadeia de custódia ser uma demanda nova e passível de aprimoramentos.

Concluimos, portanto, que, implementar a cadeia de custódia no âmbito do SUS e sua efetiva execução exige mudança de visão no que tange às questões de gênero, alinhamento entre as secretarias de saúde e de segurança pública locais, de modo a conseguir articular ações que permitam que a legislação existente no Brasil seja cumprida. Além disso, um consistente e permanente trabalho com os recursos humanos tanto da segurança pública quanto na saúde precisará ser feito, pois o atendimento às mulheres não é executado por leis, mas sim por profissionais. Esses, no entanto, precisam superar preconceitos e barreiras de falta de conhecimento que muitas vezes levam à alegação de objeção de consciência. É mister que os protocolos humanizados de atendimento a mulheres em situação de violência sejam ensinados desde as graduações para que se consiga ampliar o olhar, o discurso e a atenção nesse campo.

Observou-se que, apesar de existirem profissionais que desejam a implementação do serviço e compreendam os benefícios para as vítimas de violência sexual, isso não é unânime. Para que essa sensibilização ocorra, mudanças na gestão dos serviços, bem como treinamentos específicos sobre atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, precisam ocorrer.

Com base nos dados obtidos, defendemos que se faz necessário investir no treinamento das equipes e profissionais responsáveis pelo atendimento emergencial prestado às mulheres em situação de violência sexual. É imprescindível inserir na rotina de trabalho educação continuada, capacitações, as bases técnicas para o atendimento, incluindo a complexidade das teorias de gênero e do fenômeno da violência, conhecimentos sobre legislações, protocolos e normas que norteiam e assegurem um atendimento adequado preferencialmente dentro das instituições de saúde, e se possível nos locais e horários de trabalho para que haja uma maior adesão. Ressalta-se que os treinamentos feitos representam um importante passo na busca por mudanças, uma vez que priorizam a aprendizagem como forma de desenvolver no profissional o aperfeiçoamento das atividades realizadas e a melhoria dos processos de trabalhos.

O presente artigo apresenta realidades exitosas de um projeto novo, desafiador, mas com grandes potencialidades de execução. Porém, faz-se necessário o aprofundamento e am-

pliação da discussão da temática de modo a subsidiar o repertório teórico e técnico, incentivando assim, diversas Secretarias de Saúde e de Segurança Pública do Brasil a implementarem outras cadeias de custódia no âmbito do SUS. O resultado de um serviço como esse será a redução da revitimização com a peregrinação de mulheres violentadas em busca do atendimento necessário.

## Referências

ARRAIS, A. R.; ZERBINI, E. C.; JOTA, F. S. S. V. B. O.; ALMEIDA, R. R. de M.; COSTA, A. R. C.; SILVA, K.T. **Desafios para implantação da cadeia de custódia para as vítimas de estupro no Distrito Federal. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, e20190101, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452020000100301&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000100301&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 fev. 2020.

BANDEIRA, L. **Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**. CEPAL/SPM. Brasília, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. Ed. São Paulo: Edições 70 – Brasil, 2011.

BRASIL, **Portaria Interministerial nº 288, 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. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/02/Portaria-Interministerial-n---288.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL, **Decreto nº 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm). Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL, **Lei 12.845, de 1 de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12845.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12845.htm). Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**; 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D. S. C. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados de saúde (versão preliminar)**, Nota Técnica, IPEA, Nº 11, Brasília, março de 2014. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/21/estupro-no-brasil-uma-radiografia-segundo-os-dados-da-saude>. Acesso em: 20 dez. 2019.

FAUNDES, A.; ROSAS, C. F.; BEDONE, A. J.; OROZCO, L. T. **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](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000200009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 dez. 2019.

FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGHEL, S. N. (organizadoras). **Dicionário feminino da infâmia**. Aco-

**lhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA – FBSP. **Anuário brasileiro de segurança pública.** Edição XIII. São Paulo, 2019.

HASSE, M.; VIEIRA E. M. **Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 482-493, set. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000300482&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000300482&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 20 dez. 2019.

HUÇULAK, M; FERREIRA, M.C.F.; TCHAIKOVSKI, H. L. D. **Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual.** 2. ed. Curitiba: SESA, 2017.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. ZWI, A.B.; LOZANO, R. **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Organização Mundial de Saúde. Genebra, 2002. Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2019.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, Fev. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000200563&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200563&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 dez. 2019.

MENEZES, I. A.; BORRI, L. A.; SOARES, R. J. A quebra da cadeia de custódia da prova e seus desdobramentos no processo penal brasileiro. **Revista Brasileira de Direito Processual Penal**, Porto Alegre, vol. 4, n. 1, p. 277-300, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://www.ibraspp.com.br/revista/index.php/RBDPP/article/view/128>. Acesso em: 20 dez. 2019.

OLIVEIRA, E. M.; BARBOSA, R. M.; MOURA, A. A. V. M.; KOSSEL, K. V.; MORELLI, K.; BOTELHO, L. F. F.; STOIANOV, M. **Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 376-382, June 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300007&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 20 dez. 2019.

PINTO, L. S. S.; OLIVEIRA, I. M. P.; PINTO, E. S. S.; LEITE, C. B. C.; MELO, A. do N.; DEUS, M. C. B. R. **Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 5, p. 1501-1508. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002501501](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501501) Acesso em: 20 nov. 2019.

Recebido em 30 de dezembro de 2019.

Aceito em 09 de outubro de 2020.