

Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: realidade e desafios

Lígia Sant`Ana Dumont¹, Augusto Markezan Brito Abrahão¹, Isadora Cunha Manata¹, Bruno Daniel Pereira¹,
Pedro Elias de Souza Alves¹, Danielle Brandão Nascimento².

1. Discente do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA.
2. Docente do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA.

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo analisar a realidade das vítimas de violência sexual no Brasil, destacando o atendimento por elas recebido, principalmente pelos profissionais de saúde, fazendo um paralelo entre o real e o ideal. Para isso, discutiu-se o conceito de violência sexual, para uma melhor compreensão dos direitos das vítimas, dos deveres daqueles que as atendem e da sociedade que as acolhem. Além disso, o estudo retrata os principais parâmetros que abrangem a violência sexual, incluindo os traços característicos da maioria das vítimas e dos agressores, bem como as consequências para as mulheres violentadas e a conduta médica esperada e a recebida por elas. Buscou-se nas plataformas digitais PubMedline ou Publisher Medline (PubMed), Science Electronic Library (SciELO), Biblioteca Regional de Medicina (Bireme) e nos sites da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e do Ministério da Saúde por artigos a partir dos descritores “violência sexual”, “mulheres”, “conduta médica” e “protocolos”, selecionando artigos entre os anos de 2015 e 2019. Notou-se, portanto, a necessidade do cumprimento da Norma Técnica pelos profissionais da saúde a fim de que preconceitos, despreparo e desinformação não potencializem as sequelas deixadas nas mulheres violentadas, garantindo, assim, um atendimento justo e holístico.

Palavras-chave:
Violência sexual.
Mulheres.
Conduta
médica.
Protocolos.

INTRODUÇÃO

A violência sexual é um fenômeno social e de saúde pública, com maior incidência no sexo feminino, com catastróficas repercussões físicas e psicossociais na vida da vítima. Tal violência pode ser considerada como o uso 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 qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. As consequências que acompanham a violência sexual são graves e, por vezes, acometem a mulher eternamente. Dentre elas, inclui-se a contaminação com infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), a gravidez indesejada, o aborto inseguro e os transtornos psiquiátricos (transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, somatização e uso de substâncias psicoativas), além do suicídio (BEZERRA et al., 2018).

Estimativas globais indicam que, aproximadamente, uma em cada três mulheres (35%) em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual por parte do parceiro ou de terceiros durante a vida (OMS, 2017). No Brasil, segundo dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, registrou-se 1 estupro a cada 11 minutos em 2015. Ademais, há o agravante das subnotificações dos casos, que não entram nas estatísticas. Frente a essa deplorável realidade, percebeu-se a necessidade de criar protocolos, leis e normas técnicas que assegurassem uma assistência integral às vítimas de violência sexual.

Contudo, muitos são os protocolos que ditam diretrizes acerca do tratamento dessas vítimas, porém muitos deles têm apenas o valor jurídico, não atingindo de forma convincente o seu objetivo. Exemplo disso é que há no Brasil, desde 1998, uma padronização do atendimento de emergência para vítimas de violência prevista pela Norma Técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Tal atendimento emergencial busca, por meio de ações multidisciplinares, acolher tais vítimas e evitar sequelas físicas e emocionais. Entretanto, na prática, os hospitais que efetivamente fazem esse atendimento não estão preparados para acolher a mulher em todos os âmbitos necessários, seja pela falta de informação, não sabendo informar a mulher sobre seus direitos, seja pela falta de infraestrutura, em que há uma carência de equipamentos ou de uma equipe qualificada que provenha um atendimento humano, seja pelos preconceitos enraizados em nossa sociedade, os quais incluem-se os profissionais de saúde.

Portanto, destarte os esforços globais com as legislações e as normas para sistematizar a atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde, nem sempre os profissionais se apropriam dos conteúdos das políticas e documentos protocolares que norteiam a sua prática e que convergem com os princípios administrativos e gerenciais do sistema de saúde (VIEIRA et al., 2016).

Sendo assim, os objetivos desta revisão são compreender os parâmetros que envolvem a violência sexual e suas principais consequências, além de explicitar as lacunas existentes entre os protocolos e as condutas de assistência à saúde da mulher vítima de violência sexual, assim como os preconceitos e as dificuldades que impedem um atendimento holístico e acolhedor às vítimas deste terrível crime.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, construída a partir da análise de 20 artigos, em língua portuguesa, pesquisados no banco de dados PubMedline ou Publisher Medline (PubMed), Science Eletronic Library (SciELO), Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), site da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e site do Ministério da Saúde. Os decritores de saúde utilizados na busca foram: violência sexual, mulheres, protocolos, assistência médica. Os critérios de inclusão utilizados na seleção foram artigos e estatísticas, publicados entre 2015 e 2019, além da Norma Técnica do Ministério da Saúde de 1998 e 2012, que constassem as medidas de atenção às mulheres vítimas de violência sexual e como elas são realizadas na prática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DEFINIÇÃO DE VIOLÊNCIA

A violência sexual (VS) contra o ser humano, fundamentalmente contra a mulher e a criança, é um grave problema de saúde pública e atinge todas as classes sociais, etnias, culturas e religiões de todos os países no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como “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” (ROSA et al., 2018).

Ademais, o estudo de Bezerra e colaboradores especifica a VS como qualquer ação ou conduta em que o agressor tenha controle sobre a mulher, com a subordinação da sexualidade, envolvendo o exercício, o desejo e o ato sexual contra a sua vontade, com o objetivo único de saciar o desejo sexual do agressor. Essa agressão pode envolver tanto a penetração vaginal quanto outras práticas sexuais, como o sexo anal e oral, inclusive, apenas o ato de constranger alguém pela incitação de qualquer uma delas já se enquadra como violência sexual, mais especificamente, como estupro. Sendo assim, violência de gênero é reconhecida como qualquer ato que resulta ou pode resultar em danos ou sofrimentos

físico, sexual, psicológico ou patrimonial a mulher, inclusive ameaças, coerção ou privação de liberdade, castigos, maus tratos, pornografia e agressão sexual (SANTOS, ALMEIDA, 2017).

Assim, a violência contra a mulher caracteriza-se como um grave problema de saúde pública. Afinal, historicamente, esse tipo de violência é produto de uma estreita relação com as categorias de gênero, classe, raça/etnia e as suas relações de poder. Esse termo é mencionado desde a década de 50, mas só recentemente o tema passou a ser foco de atenção em saúde e a ter mais influência na criação de políticas de intervenção e iniciativas da sociedade no âmbito nacional e internacional visto que as vítimas apresentam maior vulnerabilidade social, estresse pós-traumático, depressão e podem evoluir até casos de suicídio (ALVES et al., 2016).

PERFIL DO AGRESSOR

Apesar dos avanços e conquistas, estudos realizados no Brasil mostram que a prevalência da violência contra a mulher, praticada pelo parceiro ainda é bastante elevada. Pesquisa realizada no estado de São Paulo, região sul do Brasil, com 2.379 mulheres, encontrou que 55,7% foram vítimas de violência praticada pelo parceiro íntimo. Em um outro estudo, realizado na região nordeste no estado da Paraíba, com uma amostra de 86 mulheres, verificouse que 63% destas haviam sido vítimas de violência, das quais 39% foi praticada pelo companheiro (ALVES et al., 2016).

A VS apresenta natureza e padrões diferenciados de violência interpessoal quanto ao agressor, pois, apesar de existir inúmeros perpetradores, normalmente eles são pessoas do próprio convívio familiar da vítima, sejam eles marido, pai, padrasto, tios e primos. Há fatores de risco que trazem uma piora e perpetuação do quadro, sendo eles: antecedentes familiares de atos violentos, uso de álcool pelo parceiro, desemprego, baixo nível socioeconômico, baixo suporte social ofertado à mulher e a dependência emocional exercida pelo agressor. Logo, a violência praticada pelo parceiro íntimo - dentro do ambiente doméstico - constitui a forma mais prevalente e endêmica de violência contra a mulher, pois o suposto direito do homem de dispor da companheira é, muitas vezes, aceito culturalmente (SILVA, OLIVEIRA, 2015).

PERFIL DA VÍTIMA

Atos sexualmente violentos podem ocorrer contra pessoas de ambos os sexos, nas diversas faixas etárias. Contudo, no Brasil e no mundo, constata-se ainda a prevalência de mulheres, na faixa etária infanto-juvenil e jovens adultas, como as maiores vítimas dessa

violência (NUNES, LIMA, MORAIS, 2017). Neste mesmo estudo, entre as vítimas destacam-se características como: ser jovem, de raça/cor parda, solteira, estudante e de nível escolar inferior. A preferência dos agressores por este público deve-se às desigualdades sociais, às de gênero e, sobretudo, ao cruel machismo arraigado em nossa sociedade, o qual entende o sexo feminino como inferior e subordinado à força e às vontades masculinas.

Ademais, notamos que as vítimas têm mais chance de já terem utilizado drogas ilícitas, álcool e de terem amigos que já fizeram o mesmo. De acordo com a literatura, a dependência de drogas e álcool precoce é frequente entre as vítimas de violência sexual, problema esse que pode perdurar ao longo do tempo. Nossos achados também mostram que os escolares violentados sexualmente aparentam ter menor pretensão de continuar os estudos em nível médio e superior e têm maior probabilidade de já estarem trabalhando (FONTES, CONCEIÇÃO, MACHADO, 2017).

CONSEQUÊNCIAS

Não há como negligenciar as terríveis e, por vezes, eternas consequências que as vítimas desse crime carregam consigo. Estes atos ocasionam diversos problemas de saúde, sendo perpetrados, na maioria das vezes, no contexto das relações interpessoais (VIEIRA et al., 2016). Dentre elas, inclui-se a gravidez indesejada, o aborto inseguro, os transtornos psiquiátricos (transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, somatização e uso de substâncias psicoativas), o suicídio e a contaminação com as ISTs (BEZERRA et al., 2018). Felizmente, nos dias atuais, pelo maior acesso às informações sobre as ISTs, as mulheres violentadas procuram assistência médica após o ocorrido na maioria das vezes, frequentemente, comparecem aos centros de saúde antes de completar 72 horas desde o crime. Isso é relevante, pois permite a realização dos procedimentos protocolares, em especial, a quimioprofilaxia, prevenindo, assim, a instalação efetiva e a evolução de ISTs, inclusive a AIDS (ROSA et al, 2018).

Ademais, esta mesma literatura afirma que as vítimas de violência sexual ou de outro tipo de violência têm limitações em atividades sociais e cívicas em relação às demais pessoas. Portanto, deve-se considerar que os efeitos são sentidos não apenas pela vítima, mas também pela sociedade, destacando-se os custos com assistência médica, com o sistema penal e judiciário e com a queda da produtividade e do salário da vítima (FONTES, CONCEIÇÃO, MACHADO, 2017).

Além disso, a violência sexual é amplamente apontada como condição traumática para a vida das mulheres, sendo precursora de sintomas de depressão, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, aumento do uso de substâncias, disfunções sexuais e dores crônicas, entre outros. Dessa forma, as atitudes das mulheres de silenciarem sobre o que lhes ocorrera e a não procura de ajuda podem estar ligadas a estados emocionais comprometidos por conta da violência sexual (MACHADO et al.; 2015).

SUBNOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Apesar da sua gravidade, a violência sexual ainda é um crime subnotificado. São várias as razões que levam as vítimas a não comunicar o crime. Uma causa de não comunicação destes crimes é a desinformação. Faltam informações às mulheres sobre medidas preventivas que podem ser feitas, como a anticoncepção de emergência, a prevenção contra IST/AIDS e hepatite B, sobre as lei e os

demais aspectos legais que envolvem esta questão afim de protegê-las, inclusive o aborto legal (BEDONE, FAÚNDES, 2017).

Contudo, a mais importante causa, sem dúvida, é o medo de se expor e o sentimento de vergonha que acomete estas mulheres. A proximidade do agressor é uma ameaça que, na maioria das vezes, garante a impunidade. Este fato leva as mulheres a ocultarem a agressão com medo de represálias, já que devem voltar ao convívio com seus agressores (BEDONE, FAÚNDES, 2017). Seja por constrangimento, por medo da reação, da humilhação, do preconceito ou da culpabilização por familiares, amigos, vizinhos e autoridades, acredita-se que o número de subnotificações é bastante elevado. É comum, também, que o agressor ameace a mulher, caso revele-se o ocorrido. Assim, além da VS em si, a vítima sofre com o silenciamento devido à relação de gêneros deturpada e realidade machista da sociedade (PINTO et al, 2017).

Ao mesmo tempo, o desconhecimento a respeito da existência do serviço de referência para atendimento às mulheres que sofrem violência sexual foi outro motivo da dificuldade em buscar ajuda logo após o acontecido. Elas declararam não saber da importância das medidas de emergência, bem como do direito à interrupção legal da gestação. O contexto e as situações que envolvem as mulheres que sofrem violência sexual e engravidam levam-nas, portanto, a se exporem a graves riscos para a sua saúde física e mental. As mulheres relataram tentativas de solucionar a gestação indesejada sem ajuda médica e até procurar por um aborto clandestino, independentemente de suas condições financeiras (MACHADO et al., 2015).

Tal quadro só poderá ser revertido quando alguns “passos” forem dados. O mais fundamental, é a criação de uma dinâmica de responsabilidade institucional para a notificação dos casos. Se por um lado é de responsabilidade profissional tal notificação (ética e legalmente), por outro é a instituição que deve garantir esta conduta profissional, protegendo o indivíduo de “arcar” com todas as pressões, compartilhando a responsabilidade pelo caso (CARRARA, 2015).

PROTOSCOLOS

Desde 1998, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) padronizou o atendimento multidisciplinar para as vítimas de violência sexual por meio de Norma Técnica. O atendimento emergencial, nas primeiras 72 horas após a violência, tem por objetivo acolhimento e administração de anticoncepção de emergência e a profilaxia para as ISTs, doenças virais e bacterianas (MACHADO et al.; 2015).

O baixo número de centros de atendimentos voltados à questão psicológica da vítima não é o único problema nos centros de saúde que deveriam assistir essas mulheres. Sobre a estrutura dos hospitais analisados em nível nacional, apenas 8% deles oferecem a assistência prevista pelo Ministério da Saúde. Encontrou-se que apenas 52% oferecem anticoncepção de emergência; 72% antibiótico; 49,5% imunoprofilaxia contra hepatite B e 45,2% contra HIV. Além disso, apenas 28% coletam material do agressor. Com relação à coleta de sorologias e exames laboratoriais, obteve-se: conteúdo vaginal, 41,2%;

sífilis, 99%; HIV, 60%; hepatite B, 57%; hepatite C, 49,9%; transaminase, 47,1%; e hemograma, 70% (BEZERRA et al, 2017).

No Brasil, existem atualmente 543 serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual que constam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Desses, 165 são serviços de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual que ofertam atendimento de forma ininterrupta 24hrs/dia e contam com equipe multiprofissional. Outros 371 serviços prestam atenção ambulatorial que promovem acolhimento, atendimento multiprofissional e encaminhamentos necessários, de modo a promover a integralidade da atenção a esse público (OSHIKATA, 2017).

Todavia, sabe-se que não há um regimento padrão de âmbito nacional para proceder com o atendimento em saúde das vítimas de violência sexual, o que varia bastante de estado para estado e, até mesmo, de hospital para hospital. Para tanto, em 2012, o MS atualizou a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes no intuito de “auxiliar profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada nos casos de violência, bem como garantir o exercício pleno dos direitos humanos das mulheres, base de uma saúde pública de fato universal, integral e equânime”.

Apesar das diferenças entre regiões e redes de atendimento, os protocolos que norteiam esses procedimentos são, muitas vezes, adaptações da Norma Técnica do Ministério da Saúde à realidade local (VIEIRA et al., 2016). Anexada à Norma, há alguns fluxogramas de diagnósticos rápidos para ISTs, como a infecção pelo HIV, artigos de leis da Constituição Federal que versam sobre o aborto legal em caso de estupro e sobre a notificação compulsória, e também a proposição de ficha de registro de atendimento das situações de violência sexual para os serviços de saúde.

Quadro 1: Registro de encaminhamento segundo a Norma Técnica atualizada do MS. **Fonte:** BRASIL, 2012.

| |
|---|
| <p>HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA</p> <p>Registrar em prontuário:</p> <ol style="list-style-type: none">1. local, dia e hora aproximada da violência sexual.2. tipo(s) de violência sexual sofrido(s).3. forma(s) de constrangimento utilizada(s).4. tipificação e número de autores da violência.5. órgão que realizou o encaminhamento. <p>PROVIDÊNCIAS INSTITUÍDAS</p> <p>Verificar eventuais medidas prévias:</p> <ol style="list-style-type: none">1. atendimento de emergência em outro serviço de saúde e medidas realizadas.2. realização do Boletim de Ocorrência Policial.3. realização do exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal.4. comunicação ao Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e da Juventude (para crianças e adolescentes).5. outras medidas legais cabíveis. <p>ACESSO À REDE DE ATENÇÃO</p> <p>Verificar o acesso e a necessidade da mulheres às diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo-se a questão de abrigos de proteção.</p> |
|---|

Quadro 2: Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual. **Fonte:** PARANÁ, 2017.

- Local, dia e hora aproximados da violência sexual e do atendimento médico no Hospital de Referência.
 - História clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida.
 - Tipo(s) de violência sexual sofrida(s).
 - Forma(s) de constrangimento empregada(s).
 - Tipificação e número de agressores.
 - Exame físico completo, inclusive os exames ginecológico e urológico (*devendo registrar a presença ou ausência de sinais e sintomas de ISTs, tais como: leucorreias, lesões verrucosas, lesões ulceradas, etc*).
- OBS.: Os registros em itálico foram incluídos pela SESA/SAS/DEPS.
- Descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica.

O quadro 2, retirado do Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual, feito pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná em 2018, é apenas um exemplo de que os serviços de saúde buscam se aproximar das orientações dadas pela norma do MS (quadro 1). Observa-se que ambos se preocupam em registrar local, dia e hora da VS, tipo de agressão sofrida, formas de constrangimento empregadas, tipificação e número de agressores, além do preenchimento do Boletim de Ocorrência Policial / Ficha de Notificação Compulsória.

Distantemente do que foi observado no Paraná, uma pesquisa realizada em uma amostra representativa de municípios brasileiros identificou 1.395 serviços de saúde (SSs) que referiram atender a mulheres e crianças que sofrem violência sexual, porém apenas 8% tinham um protocolo de atendimento em conformidade com a referida norma do Ministério da Saúde (SOUSA et al., 2015). Este dado revela-se preocupante frente a grande incidência de casos de VS que ocorrem no país – cerca de 1 estupro a cada 11 minutos, segundo dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2015 – e o baixíssimo número de SSs que se baseiam na Norma para um atendimento acolhedor e eficaz às vítimas.

CONDUTA MÉDICA

De acordo com a referida Norma Técnica, a assistência à mulher em situação de violência sexual deve ser organizada através de conhecimento científicos atualizados, bases epidemiológicas sustentáveis e tecnologia apropriada. As ações de atenção à saúde devem estar disponíveis para toda a população, do município ou região, incumbindo às instituições assegurar cada etapa do atendimento, abrangendo as medidas de emergência, o acompanhamento, reabilitação e tratamento dos eventuais impactos da violência sexual sobre a saúde física e mental da mulher (BRASIL, 2012).

Muito embora existam normas e protocolos que norteiem a maneira com que o atendimento e acompanhamento das vítimas de violência sexual serão realizados, esta prática esbarra no conhecimento, na capacitação e, sobretudo, nos preconceitos de quem os realizará. As ações dos

gestores e profissionais da saúde são dependentes tanto do conhecimento quanto das motivações pessoais e culturais dos envolvidos no processo. O poder das corporações, principalmente dos médicos, faz diferença no desenvolvimento prático das políticas (BATISTA, SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, 2018).

Outro agravante da situação é a falta e compreensão dos profissionais de saúde com relação ao seu papel frente às situações de VS. As ações frente aos casos são na maioria das vezes de cunho pessoal e não pautado na responsabilidade profissional, como crença de que assistir uma mulher em situação de violência seja um ato de solidariedade, não necessitando de habilidades técnico-científicas para o desempenho de tal atividade (MORAIS, GERK, NUNES, 2018).

Como corrobora o estudo de Vieira e colaboradores, a maioria dos seus entrevistados restringiu o protocolo da atenção às violências sexuais ao ato notificador, reduzindo-o ao mero preenchimento de dados para compor uma ficha e alimentar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Esse fato fragiliza ainda mais as mulheres que chegam aos serviços à procura de ajuda, pois, sem o encaminhamento e informação corretos, tornam-se mais reclusas e, então, não só vítimas de VS mas também vítimas da negligência e ignorância de certos profissionais da saúde. O vínculo com a vítima em uma situação de violência sexual é o primeiro passo para efetivar um bom atendimento a fim de transmitir maior segurança e suporte a pessoa (SANTOS, ALMEIDA, 2017).

Desse modo, durante a assistência, as mulheres vítimas da violência sexual devem ser informadas, sempre que possível, sobre tudo que será realizado em cada fase do atendimento e a importância de cada uma delas, sua vontade deve ser respeitada aceitando possível recusa de algum procedimento, e deve ser oferecido atendimento psicológico e medidas de fortalecimento para auxiliá-las a enfrentar os conflitos e problemas decorrentes da situação vivida (BRASIL, 2012).

Profissionais sensibilizados e capacitados devem promover a escuta privilegiada, evitando julgamentos, preconceitos e comentários, respeitando a autonomia das mulheres mantendo uma correlação de confiança. Todavia, em relação à capacitação dos profissionais no tema da violência contra a mulher, o resultado acompanha o que temos visto na literatura: uma baixa aproximação com o tema, o que gera desconhecimento quanto às questões de gênero, de direitos humanos e de legislações correlatas, além da relação dos direitos das mulheres como direitos humanos (BATISTA, SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, 2018).

Apesar de a atenção às mulheres em situação de violência sexual ter trazido, com mais ênfase, o tema do aborto para o cotidiano dos serviços de saúde, essa questão ainda se configura como tabu para muitos profissionais (VIEIRA et al., 2016). A recomendação da Norma do MS para quando a mulher engravida do seu agressor sexual é, primeiramente, a de orientá-la sobre o seu direito de seguir com a gestação ou de interrompê-la legalmente. Em ambos os casos, é dever dos serviços de saúde oferecer uma atenção de qualidade tanto no pré-natal, caso a mulher opte por dar seguimento à gravidez, quanto durante o aborto, nas possíveis complicações derivadas dele e ao planejamento reprodutivo

pós-aborto para, inclusive, evitar recorrências. Contudo, sabe-se que médicos se recusam a realizar esse tipo de procedimento, alegando objeção de consciência, mesmo quando não há outro no serviço com a mesma capacidade, burlando, assim, o artigo 7 do capítulo I do Código de Ética Médica.

As mulheres destacaram com maior frequência os aspectos positivos do que os negativos do atendimento; entre os aspectos positivos estiveram o acolhimento, o fato de terem sido ouvidas e apoiadas. A atitude não condenatória da equipe, tanto em relação à violência sexual como em relação ao aborto, e a capacidade de compreender que a mulher foi vítima e não culpada ou causadora da violência foram as atitudes de acolhimento relatadas como mais benéficas para as mulheres (MACHADO et al., 2015).

Portanto, é preciso que os profissionais que atendem as mulheres antes e após a interrupção legal estejam atentos e preparados para o acolhimento e apoio. Posturas de não aceitação ou julgamento mostraram ser prejudiciais ao enfrentamento emocional da situação do aborto. Atentar para comportamentos e ações que possam ser interpretadas como preconceito ou acusação nesse contexto é responsabilidade dos órgãos gestores das instituições de saúde (FAÚNDES et al., 2016).

Estudos anteriores mostraram que há necessidade de promover a inclusão do tema da violência e do aborto nos currículos dos profissionais, e de oferecer capacitação para aqueles que trabalham com essas questões em seu cotidiano. Os resultados deste estudo mostraram que o amparo necessário para as mulheres que necessitam da interrupção legal por motivo de violência sexual depende da informação de diferentes profissionais e da sociedade em geral com relação às políticas públicas (BERGER, GIFFIN, 2015).

Além disso, os profissionais procurados por mulheres na situação de gestação decorrente de violência sexual, da área da saúde ou da segurança pública, necessitam ponderar a respeito da impessoalidade do problema e da garantia aos direitos humanos. As atitudes dos

profissionais de saúde durante o cuidado certamente poderão tornar a vivência do aborto menos sofrida, traumática e permanente para as mulheres (MACHADO et al., 2015).

CONCLUSÃO

A violência sexual contra mulheres é, de fato, um crime que, por si só, deixa sequelas físicas e psicossociais, temporárias e permanentes, na vida das vítimas. Notou-se, ademais, que o despreparo, os preconceitos e a desinformação dos profissionais da área da saúde responsáveis por prestar um atendimento a elas contribuem para o agravamento das consequências.

É, portanto, imprescindível que hospitais, municípios e estados atentem-se à Norma Técnica do Ministério da Saúde, capacitando e informando seus profissionais sobre as condutas adequadas para o acolhimento e o tratamento dessas pacientes, explicitando-as seus direitos legais. Assim, garante-se que o processo de cicatrização desses traumas seja o menos doloroso possível.

REFERÊNCIAS

BATISTA, K.; SCHRAIBER, L.; D'OLIVEIRA, A. Gestores de saúde e o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres: as políticas públicas e sua implementação em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** v. 34, n.8, p.1-11, 2018.

VIEIRA, L.; et al. Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 21, n. 12, p. 3957-3965, 2016.

OSHIKATA, C. **Violência Sexual: dos Primórdios ao Atendimento Inicial e Acompanhamento Ambulatorial. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2017.** Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/132-violencia-sexual-dosprimordios-ao-atendimento-inicial-eacompanhamentoambulatorial?highlight=WyJ2aW9sZW5jaWEiLCJzZXh1YWwiLCJ2aWsZW5jaWEgc2V4dWFsIllo=>. Acesso em: 30/05/2019.

SOUSA, M.; et al. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **Revista Brasileira de Epidemiologia** v.18, n.1, p.94-107, 2015.

MACHADO, C.; et al. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cadernos de Saúde Pública** v.31, n.2, p.345-356, 2015.

ALVES, L.; et al. Marcos e dispositivos legais no combate à violência contra a mulher no Brasil. **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal** v. 4, n.11, p.139-149, 2016.

FONTES, L.; CONCEIÇÃO, O.; MACHADO, S.; Violência sexual na adolescência, perfil da vítima e impactos sobre a saúde mental. **Revista Ciência saúde coletiva** v.22, n.9, p.29192928, 2017.

CARRARA, S.; Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo. **Revista Mana** v.21, n.2, p.323-345, 2015.

MORAIS, B.; GERK, M.; NUNES, C.; Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família: abordagem frente à mulher em situação de violência. **Revista Nursing** v.21, n.240, p.21642167, 2018.

ROSA, J.; et al. Violência sexual na região do ABC Paulista: retrato de 142 casos. **ABCS Health Sci.** v. 43, n.1, p.41-46, 2018.

BEZERRA, J.; et al. Assistência à mulher frente a violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira Promoção Saúde** v.31, n.1, p.1-12, 2018.

NUNES, M.; LIMA, R.; MORAIS, N.; Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. **Psicologia: Ciência e Profissão** v.37, n.4, p.956-969, 2017.

PINTO, L.; et al. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva** v.22, n.5, p.1501-1508, 2017.

SANTOS, E.; ALMEIDA, M.; Atendimento prestado pelos Serviços de saúde à Mulher Vítima de violência sexual. **Revista multidisciplinaridade e psicologia** v.11, n.35, p.84-100, 2017.

SILVA, L.; OLIVEIRA, M.; Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. **Ciênc. saúde coletiva** v.20, n.11, p.3523-3532, 2015.

BERGER, S.; GIFFIN, K.; A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?. **Cadernos de Saúde Pública** v.21, n.2, p.417-415, 2015.

BEDONE, A.; FAÚNDES, A.; Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade de Campinas. **Cadernos de Saúde Pública** v.23, n.2, p.465-469, 2017.

FAÚNDES, A.; et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** v.28, n.2, p.126-135, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Superintendência de Atenção à Saúde**. Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual, Curitiba: SESA, 2017.

Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.