



ASSISTÊNCIA À MULHER FRENTE À VIOLÊNCIA SEXUAL E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Care for women subjected to sexual violence and public health policies: an integrative literature review

Asistencia a la mujer ante la violencia sexual y políticas públicas de salud: revisión integrativa

Juliana da Fonseca Bezerra

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - Campinas (SP) - Brasil
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Vitória (ES) - Brasil

Sonia Regina Godinho de Lara

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP) - Brasil

Juliana Luporini do Nascimento

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - Campinas (SP) - Brasil

Marcia Barbieri

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP) - Brasil

RESUMO

Objetivo: Analisar evidências sobre a produção científica a respeito da assistência à mulher em situação de violência sexual (VS), com foco na sua percepção, bem como na dos profissionais de saúde, e na relação com as políticas públicas de saúde no Brasil. **Métodos:** Estudo de revisão integrativa que identificou 21 artigos, a partir das bases SciELO, MEDLINE, Lilacs e RedAlyc, no período de 2005 a 2016, com idioma em português. O estudo analisou a eficácia das políticas públicas nos serviços brasileiros. Emergiram os núcleos temáticos: Serviço de atenção à mulher em situação de VS; Percepção das mulheres acerca da assistência à VS; e Atendimento dos profissionais de saúde acerca da assistência à VS. **Resultados:** O atendimento integral preconizado pelo Ministério da Saúde é desrespeitado em 87,5% dos estados do país, devido aos ambientes ambulatoriais inadequados e aos profissionais incapacitados para atender às mulheres segundo as normas. Predomina a assistência medicalizada, tradicional e fragmentada, que valoriza o modelo hegemônico biomédico e despreza ações de caráter preventivo e de promoção à saúde. As mulheres desconhecem os seus direitos, e sofrem reflexo de uma sociedade que ainda a culpabiliza pela agressão sofrida. **Conclusão:** Compreende-se que ainda existem obstáculos para efetivação das políticas na assistência às mulheres em situação de VS e os profissionais de saúde necessitam de capacitação e ambiente adequado para assisti-las. Existe uma lacuna na produção científica acerca da percepção da mulher sobre o atendimento de VS relacionando segurança pública e saúde no território nacional.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Políticas Públicas; Saúde da Mulher; Delitos Sexuais; Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the evidence on scientific production regarding the care for women subjected to sexual violence (SV) focused on their perception as well as that of health professionals and in relation to public health policies in Brazil. **Methods:** Integrative review study that identified 21 articles in SCIELO, Medline, Lilacs and Redalyc databases published in the period from 2005 to 2016 in Portuguese. The study analyzed the effectiveness of public policies in Brazilian services. The following themes emerged: Health care service for women subjected to SV; Women's perception of care after SV; Health professionals' performance in the care of SV victims. **Results:** The comprehensive care recommended by the Ministry of Health is disrespected in 87.5% of the states in the country due to inadequate outpatient settings and professionals who are not trained to serve women according to the norms. There is a predominance of a traditional and fragmented medical care that values the hegemonic biomedical model of care and neglects preventive and health promotion actions. Women are unaware of their rights and suffer because of a society that still blames them for the sexual assault. **Conclusion:** There are still obstacles to the effective implementation of policies targeted at the care for women subjected to SV, and health professionals need adequate training and environment to care for them. There is a gap in the scientific production regarding women's perception of the treatment of SV relating public safety and health in the country.

Descriptors: Health Services Accessibility; Public Policies; Women's Health; Sex Offenses; Health Personnel.



RESUMEN

Objetivo: Analizar las evidencias sobre la producción científica respecto la asistencia de la mujer en situación de violencia sexual (VS) con énfasis en su percepción así como la percepción de los profesionales sanitarios y la relación con las políticas públicas de salud en Brasil. **Métodos:** Estudio de revisión integrativa que ha identificado 21 artículos en las bases de datos SciELO, MEDLINE, Lilacs y RedAlyc en el periodo entre 2005 y 2016 en el idioma portugués. El estudio analizó la eficacia de las políticas públicas en los servicios brasileños. Emergieron los núcleos temáticos “Servicio de atención a la mujer en situación de VS”, “Percepción de las mujeres sobre la asistencia de la VS” y “Atención de los profesionales sanitarios sobre la asistencia de la VS”. **Resultados:** No se respecta la atención integral establecida por el Ministerio de Salud en el 87,5% de los estados del país debido los ambientes inadecuados de los ambulatorios y los profesionales sin capacidad para asistir a las mujeres según las normas. Hay la predominancia de la asistencia basada en medicamentos, tradicional y fragmentada que valora el modelo hegemónico biomédico y desprecia las acciones de prevención y promoción de la salud. Las mujeres no conocen a sus derechos y sufren el reflejo de una sociedad que aún la culpa por la agresión sufrida. **Conclusión:** Se comprende que aún hay obstáculos para la efectucción de las políticas para la asistencia de las mujeres en situación de VS y los profesionales sanitarios necesitan de capacitación y ambiente adecuado para prestar asistencia. Hay una laguna en la producción científica sobre la percepción de la mujer a cerca de la atención de la VS relacionando la seguridad pública y la salud en el territorio nacional.

Descriptor: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Políticas Públicas; Salud de la Mujer; Delitos Sexuales; Personal de Salud.

INTRODUÇÃO

A violência sexual (VS) é uma das formas de violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública. Neste estudo, compreende-se a VS como qualquer ação ou conduta em que o agressor tenha controle sobre a mulher, com a subordinação da sexualidade, envolvendo o exercício sexual, desejo e o ato sexual contra a sua vontade, com o objetivo único de saciar o desejo sexual do agressor^(1,2).

A experiência da VS impacta no modo de vida, adoecimento e morte das mulheres, e pode trazer diversas consequências, as quais incluem a contaminação com as infecções sexualmente transmissíveis (IST), gravidez indesejada, aborto inseguro e transtornos psiquiátricos (transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, somatização e uso de substâncias psicoativas), incluindo o suicídio⁽³⁻⁶⁾.

No Brasil, em 2015, registraram-se 45.460 estupros, o que corresponde a um caso por minuto. Esse quantitativo é apenas a ponta do *iceberg*, pois se estima que as estatísticas contabilizem apenas 10% das situações de VS, já que as demais não chegam aos serviços de saúde e de segurança pública⁽⁷⁾.

Nas últimas décadas, a questão da violência vem sendo debatida, tendo conquistado visibilidade em campos multidisciplinares diversos e por organizações internacionais, o que viabilizou a formulação de políticas e programas de saúde voltados para o enfrentamento. A temática compõe o cenário das políticas públicas brasileiras de saúde desde 1984, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)⁽⁸⁾.

Após duas décadas, o PAISM foi reformulado e incorporou a abordagem de gênero, integralidade e promoção da saúde aos princípios norteadores, e ajuda a consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos⁽⁹⁾.

A elaboração de práticas e serviços instituídos, entre 2003 a 2013, incluiu ações integradas, tais como: criação de normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo à constituição de redes de serviços, apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência, e favorecimento do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública⁽¹⁰⁾.

A ampliação da temática da VS é retratada nos diversos documentos e leis publicados neste período, tais como: os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres, em 2005 (reformulado em 2008); Lei Maria da Penha, em 2006; Política e o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, em 2011; Diretrizes de Abrigamento das Mulheres em situação de Violência, Norma Técnica do Centro de Atendimento à Mulher em situação de Violência, em 2012; Norma Técnica das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, Lei nº 12.845 – que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de VS, em 2013⁽⁸⁻¹⁴⁾. A norma técnica é o principal instrumento organizador dos serviços e direcionador das ações, difundindo as bases operacionais da atenção em saúde às mulheres em situação de VS, e norteia os serviços de saúde quanto ao atendimento⁽¹⁰⁾.

O atendimento emergencial deve ocorrer nas primeiras 72 horas após a sua ocorrência e tem por objetivo a realização do acolhimento e administração de anticoncepção de emergência (AE) e a profilaxia para as IST. Inclui o direito a realizar o aborto legal e o acompanhamento com a equipe multiprofissional, composta por enfermeiro, médico (ginecologista e psiquiatra), assistente social e psicólogo⁽¹⁰⁾.

Portanto, as mulheres podem ter grande dificuldade para alcançar o atendimento a que têm direito. Com isso, o objetivo do presente estudo foi analisar evidências sobre a produção científica a respeito da assistência à mulher em situação de violência

sexual (VS), com foco na sua percepção, bem como na dos profissionais de saúde, e na relação com as políticas públicas de saúde no Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, que permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais acerca de uma particular área de estudo. Seguiram-se as seguintes etapas: formulação do problema, coleta dos dados, avaliação, análise e interpretação dos dados coletados e apresentação dos resultados⁽¹⁵⁾.

Inicialmente, para direcionar esta revisão, foi elaborada a seguinte questão norteadora: “como a assistência a mulher em situação de VS, segundo a produção científica, é implementada nos serviços de saúde, como é caracterizada, na percepção da mulher e de profissionais de saúde, ao se considerar as recomendações das políticas públicas da saúde da mulher?”.

Para a seleção dos artigos, utilizaram-se as seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), BDENF e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os descritores utilizados foram “Acesso aos Serviços de Saúde”, “Políticas Públicas”, “Saúde da Mulher”, “Violência Sexual” e “Pessoal de Saúde”, correlacionados ou isolados, no período de 2005 a 2016. O recorte temporal da pesquisa deu-se pelo movimento político referente à criação da Lei Maria da Penha, em 2006. A seleção do material ocorreu no período de agosto a dezembro de 2016.

Os critérios de inclusão dos estudos na pesquisa atual englobaram: textos no idioma português, uma vez que o estudo analisou a eficácia das políticas públicas nos serviços brasileiros, que abordassem o tema da assistência à mulher em situação de VS, os quais foram selecionados independente do método utilizada na pesquisa.

A triagem se iniciou após a identificação de 624 artigos que contemplavam os descritores selecionados e que atendiam aos critérios de inclusão (Figura 1). Em seguida, foi realizada leitura seletiva dos artigos, partindo inicialmente dos títulos e resumos, para posterior análise exploratória, analítica e interpretativa dos textos na íntegra, com a finalidade de tecer algumas considerações acerca do objeto de estudo desta pesquisa. Na fase de elegibilidade, excluíram-se os artigos que não eram de acesso aberto ou que não foram disponibilizados no Portal de Periódicos da CAPES, artigos de revisão de literatura, carta, editorial e tese, e os que estivessem em duplicidade.

A fase de inclusão consistiu da leitura dos títulos, dos resumos e, posterior análise na íntegra do estudo, obedecendo aos critérios de inclusão, restando 21 estudos que apresentavam relação com o tema em questão (Figura 1).

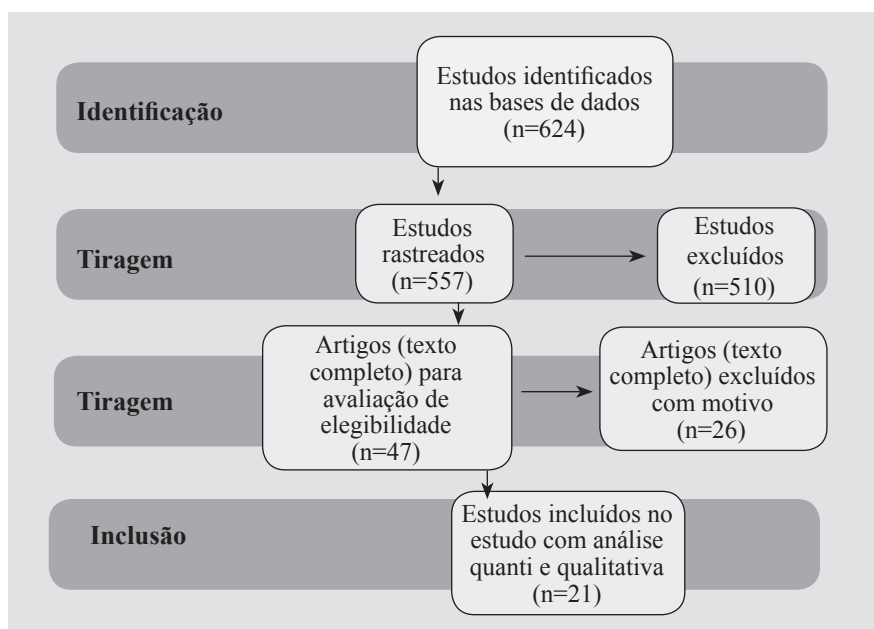


Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos.

Catalogaram-se os periódicos que atenderam aos critérios de seleção do material, passando para a leitura e seleção, a fim de ir de encontro aos objetivos propostos no estudo, baseando-se em semelhanças e diferenças entre os artigos levantados nos documentos de referência.

Para garantir a validação da presente revisão, os estudos selecionados foram analisados detalhadamente de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes assuntos mediante pré-análise, exploração

do material e tratamento dos resultados. A apresentação dos dados ocorreu de forma descritiva, após a análise da revisão integrativa da literatura pertinente ao tema da pesquisa, por meio da leitura e compilação dos artigos selecionados, os quais foram apresentados em um quadro, que revela as devidas especificações dos artigos, por semelhanças temáticas, as quais possibilitaram a construção dos seguintes núcleos temáticos: Serviço de atenção à mulher em situação de violência sexual; Percepção das mulheres acerca da assistência à violência sexual; e, Atendimento dos profissionais de saúde acerca da assistência à violência sexual (Quadro I).

RESULTADOS

O presente estudo permitiu a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre assistência à mulher em situação de VS, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo, assim, para o aprofundamento do conhecimento sobre o tema, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro I - Identificação da amostra dos estudos segundo autor (es)/ ano, periódico, população do estudo, tipo do estudo e principais resultados.

Autor	Ano	População	Tipo de estudo	Principais resultados
Guedes; Fonseca ⁽¹⁶⁾	2011	Profissionais de saúde (n=22) que fazem parte de ESF	Exploratório e abordagem qualitativa	O enfrentamento da violência é limitado e decorrente da autonomia financeira das mulheres em relação aos homens. Existe a necessidade da inclusão da perspectiva de gênero tanto nas políticas de saúde quanto nas práticas concretizadas no processo de trabalho, para promoção da emancipação feminina
Farias; Cavalcanti ⁽¹⁷⁾	2012	Profissionais de saúde (n=24) que incorporam em seus procedimentos de rotina o atendimento às mulheres com demanda por aborto legal	Quantitativo e qualitativa, com abordagem do tipo pluralista e triangulação de métodos	O uso inadequado do direito a objeção de consciência por parte dos profissionais de saúde; a existência de diferentes dificuldades dos profissionais na construção de uma postura capaz de garantir o acesso ao aborto previsto em lei; e a interferência dos princípios éticos e dos valores religiosos como um elemento importante na postura profissional que desestimula a prática do aborto legal
Andalaft et al ⁽¹⁸⁾	2012	Gestores responsáveis pelas secretarias municipais de saúde e por serviços públicos de saúde ou conveniados ao SUS que prestam atendimento às mulheres que sofrem violência sexual (n=570)	Transversal	Dentre os 874 hospitais e prontos-socorros de adultos incluídos na amostra, verificou-se um percentual maior que 26% em situações de interrupção legal da gestação nos casos de estupro, risco de vida da mulher e malformação fetal incompatível com a vida extrauterina, respectivamente. Entretanto, em torno de 6% realizaram ao menos uma interrupção nos 10-14 meses anteriores à pesquisa
Villela et al ⁽¹⁹⁾	2011	Profissionais de saúde e da segurança pública da cidade de São Paulo (n=21)	Exploratório e abordagem qualitativa	O atendimento às mulheres que sofrem violência é marcado por ambiguidades e contradições; os espaços e fluxos de trabalho são pouco adequados à tarefa tão sensível e a percepção dos profissionais é permeada por estereótipos de gênero
Oliveira et al ⁽²⁰⁾	2005	Mulheres (n=13) que buscaram os serviços e profissionais de saúde (n=29)	Descritivo e abordagem qualitativa	Dificuldades no acolhimento de ambos os serviços, desconhecimento das mulheres sobre os direitos e busca de ajuda tardiamente nos serviços de saúde
Cavalcanti et al ⁽²¹⁾	2015	Profissionais da gestão dos serviços da rede hospitalar dos municípios do Rio de Janeiro (n=19) e de Fortaleza (n=15), além de três gestores (dois no Rio de Janeiro e um de Fortaleza) do nível central das secretarias municipais de saúde (n=37)	Qualitativo e com triangulação de métodos	A questão vem sendo abordada de forma diferenciada pelos municípios, o que decorre das distintas trajetórias de consolidação dos serviços, das aproximações com o movimento feminista e dos contextos culturais específicos. Notou-se que a implementação das ações nesse âmbito ainda apresenta fragilidades, exigindo esforços de articulação política e técnica para a estruturação e a manutenção dos serviços

Reis et al ⁽²²⁾	2010	Fichas de atendimento (n=146) de enfermagem a mulheres	Descritivo, retrospectivo e abordagem quantitativa	A maioria dos atendimentos ocorreu durante o período diurno, houve coerência entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem identificados e as mulheres relataram que receberam orientações de acordo com o protocolo do programa
Benute et al ⁽²³⁾	2012	Profissionais de saúde (n=149) que trabalham no Departamento de Obstetrícia de hospital universitário e de hospital público da periferia de São Paulo	Transversal e abordagem quantitativa	O conhecimento da legislação e da descrição das situações permitidas por lei acerca do aborto foi significativamente diferente na comparação entre os profissionais. Encontrou-se que 32,7% dos médicos, 97,5% dos profissionais da área de enfermagem e 90,5% dos demais profissionais desconhecem a legislação vigente
Facuri et al ⁽²⁴⁾	2013	Mulheres (n=687) vítimas de violência sexual atendidas no Hospital de referência em Campinas, São Paulo	Retrospectivo e abordagem qualitativa	Violência sexual principalmente à noite, na rua, por agressor desconhecido e único, via vaginal e com intimidação. A maioria contou para outras pessoas e se sentiu apoiada. Atendimento precoce para quase 90% das mulheres, instaurando medidas profiláticas. Ocorreu aumento da procura precoce ao longo do período. Conhecer melhor as características da população e do evento pode auxiliar a estruturação e qualificação de modelos de atendimento
Machado et al ⁽²⁵⁾	2015	Mulheres (n=10) que realizaram a interrupção legal da gestação	Qualitativo, realizado com base no referencial metodológico da <i>Grounded Theory</i> .	O diagnóstico de gravidez provocou sentimentos de angústia e desejo de abortar. Para as mulheres que procuraram o setor de saúde suplementar as orientações foram precárias ou não aconteceram. O atendimento dos profissionais mostrou-se relevante para assimilação da experiência do aborto. É necessário divulgar o direito à interrupção legal da gestação e a existência de serviços que a realizam, e capacitar profissionais de saúde e segurança pública para atender esses casos
Higar et al ⁽²⁶⁾	2007	Mulheres (n=72) que realizaram o aborto legal num serviço público da cidade de Campinas, São Paulo	Descritivo e abordagem qualitativa	A utilização do processo de enfermagem proporciona à mulher um cuidado individual, integral e humanizado; concorre para a adesão ao tratamento e a recuperação física, psicológica e social, proporcionando assistência com qualidade e segurança
Aquino et al ⁽²⁷⁾	2012	Usuárias (n=2.804) internadas por complicações do aborto	Transversal e abordagem quantitativa	A adequação às normas foi maior quanto aos critérios de acolhimento e orientação. O apoio social e o direito à informação alcançaram valores baixos nas três cidades. A qualidade técnica do cuidado foi mal avaliada. Em insumos e ambiente físico, a limpeza foi o critério menos adequado. A situação é mais crítica na continuidade do cuidado nas 3 cidades, pela falta de consulta agendada de revisão, de informações sobre cuidados após alta hospitalar, risco de gravidez e planejamento familiar. A atenção ao aborto nessas cidades encontra-se distante do que propõem as normas brasileiras e os organismos internacionais
Spinelli et al ⁽²⁸⁾	2014	Profissionais de saúde (n=243), enfermeiros (n=154) e médicos (n=80) selecionados por amostragem aleatória em 117 USF do nordeste	Observacional, descritivo e abordagem quantitativa	Os profissionais de saúde demonstraram ter conhecimento técnico suficiente para prescrever a CE, porém não a reconhecem como um direito das mulheres. Além disso, consideram que a influência religiosa pode interferir na decisão da prescrição e no uso da CE pelas mulheres
Almeida et al ⁽²⁹⁾	2014	Profissionais (n=13) da ESF	Descritivo e abordagem qualitativa	Os resultados evidenciaram a invisibilidade da violência no serviço e o desconhecimento da categoria Gênero e da sua complexidade

Rocha et al ⁽³⁰⁾	2015	Profissionais de saúde (n=177) que lidam e não lidam diretamente com os serviços de abortamento em um hospital de Brasília	Exploratório, descritivo e abordagem quanti-qualitativa	A principal causa do desconhecimento entre os profissionais é a falta de divulgação do Programa associado ao estigma e ao preconceito presentes nessa temática, indicando a necessidade de capacitação ética contínua dos profissionais, como forma de qualificar o atendimento às mulheres que recorrem ao serviço de referência para interrupção de gravidez nos casos previstos em lei
Kiss; Schraiber et al ⁽³¹⁾	2011	Profissionais da saúde (n=50) dos serviços públicos em São Paulo	Exploratório, descritivo e abordagem quanti-qualitativa	Relataram-se ações isoladas e em caráter pessoal. Medos e impotência profissional foram mencionados, mas nenhum aspecto positivo para eventual intervenção. Os profissionais mostraram pouco conhecimento de serviços especializados de referência
De Ferrante et al ⁽³²⁾	2009	Médicos ginecologistas-obstetras e clínicos gerais (n=14) em Ribeirão Preto, São Paulo	Descritivo e abordagem qualitativa	Conhecimento sobre tipos e gravidade de violência, percepções acerca de quem é a mulher acometida, prática médica frente à situação de violência, possibilidades de intervenções e barreiras de acesso ao serviço. Os médicos, por se sentirem despreparados para abordar o tema, o enfrentam com muitos preconceitos de classe social e gênero, transferindo a responsabilidade, por eventuais falhas no atendimento, aos “outros”: os serviços, a rede e as mulheres
Trabbold et al ⁽³³⁾	2016	Profissionais (n=10) (médicos, enfermeiros, agentes comunitários e coordenador do programa) que compõem três equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Montes Claros, Minas Gerais	Qualitativo por meio de análise do discurso	Os fatores que propiciam e/ou mantêm a violência sexual na forma de exploração comercial sexual de adolescentes, está a desigualdade econômica e social, aliada à desigualdade de gênero, pouco reconhecida pelos profissionais. A omissão/negação da questão se evidencia pela ausência de notificação obrigatória; inexistência de trabalhos preventivos na área; ações pontuais inadequadas às necessidades da adolescência, preconceito e falta de referência de uma rede de cuidados intersetoriais
Mortari et al ⁽³⁴⁾	2012	Enfermeiras (n=8) da Atenção Básica à Saúde que vivenciaram a prática do cuidado, situações relacionadas ao abortamento/aborto inseguro	Descritivo e abordagem qualitativa	Os discursos indicam que o cuidado vem permeado de conflitos entre posicionar-se contra o aborto, apoiar as mulheres ou manter-se na imparcialidade
Bezerra et al ⁽³⁵⁾	2016	Profissionais de saúde (n=68) de nível superior integrantes de equipe multiprofissional de nove hospitais públicos do município de Fortaleza, Ceará	Qualitativo	Entre os sentidos atribuídos ao conceito de violência sexual, destacam-se a violação dos direitos humanos e ênfase na perpetuação das questões de gênero; quanto às causas, sobressaiu o machismo, a existência de patologias do agressor e a reprodução da violência familiar – as repercussões atingem aspectos psicológicos, além da exposição a doenças e agressões físicas
Ramos et al ⁽³⁶⁾	2009	Prontuários (n=59) das mulheres atendidas por um serviço de saúde pública do município de Santo André, São Paulo	Retrospectivo e abordagem quantitativa	Destaca-se que 90% das mulheres iniciaram profilaxia para HIV, mas apenas 40,7% completaram tratamento. Quase 80% dos casos não concluíram o controle sorológico e acompanhamento ambulatorial

n: número de indivíduos; SUS: Sistema Único de Saúde; ESF: estratégia saúde da família; CE: contracepção de emergência;

Na presente revisão integrativa, foram analisados 21 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. As fontes de publicação foram variadas, dentre as quais, destacam-se periódicos da área de Saúde coletiva/saúde pública^(17,19-21,24,25,27-32), Psicologia⁽³³⁾, Enfermagem^(16,22,26,34,36) e Ginecologia e Obstetrícia^(18,23). As publicações concentraram-se no período de 2005 e 2016 e têm origem no Brasil.

A maioria dos estudos (66,67%) foi realizada na região Sudeste^(16-20,22-26,31-33,36). Aqueles realizados na região Nordeste^(27-29,35) corresponderam a 14,25%. Na região Centro-oeste foi produzido um estudo⁽³⁰⁾, correspondendo a 4,77%, como também na região Sul do país, 4,77%⁽³⁴⁾. Encontrou-se uma pesquisa nacional⁽¹⁸⁾ e uma em duas regiões do país, Sudeste e Nordeste⁽²¹⁾.

Ao analisar os estudos a fim de responder à questão norteadora, emergiram os seguintes núcleos temáticos: Serviço de atenção à mulher em situação de VS⁽¹⁶⁻²⁵⁾, Percepção das mulheres acerca da assistência à VS^(26,27) e Atendimento dos profissionais de saúde acerca da assistência à VS⁽²⁸⁻³⁶⁾.

DISCUSSÃO

Serviço de atenção à mulher em situação de violência sexual

A primeira temática esteve presente em dez dos artigos analisados no presente estudo, correspondendo a 47,6% do total⁽¹⁶⁻²⁵⁾.

A criação da Norma Técnica⁽¹⁰⁾, em 2012, possibilitou a estruturação dos serviços às mulheres em situação de VS, que prevê a participação integral da mulher em cada etapa do atendimento, devendo-se respeitar sua autonomia em aceitar ou não alguma das fases. O atendimento psicológico e as medidas de fortalecimento, à mulher e à adolescente, são ferramentas que auxiliam a enfrentar os conflitos e os problemas inerentes à situação⁽¹⁰⁾.

A autonomia científica dos profissionais de saúde é essencial para inclusão da perspectiva de gênero, tanto nas políticas de saúde quanto nas práticas concretizadas no processo de trabalho. A busca pelas portarias e legislações como forma de empoderamento dos profissionais, na execução do seu ofício, os aproxima dos caminhos a serem seguidas (encaminhamento, condutas e direitos das mulheres), e essas ações transpõem a oferta de capacitação dos serviços e remetem ao comprometimento com a assistência prestada às mulheres. Assim, oferecem condições que potencializam o fortalecimento dessas mulheres⁽¹⁶⁾.

O atendimento à mulher em situação de VS é complexo e deve ser convergente em todos os níveis, para isso é importante que, além a dedicação do profissional na busca de conhecimento, a gestão estimule, ofereça subsídio físicos e capacite as equipes em todos os níveis de saúde; assim, o alcance da rede de atendimento se tornará preciso e humanizado, em local privado e acolhedor^(10,17).

Sobre a estrutura dos hospitais analisados em nível nacional, apenas 8% deles oferecem a assistência prevista na norma técnica. Encontrou-se que apenas 52% oferecem AE; 72% antibiótico; 49,5% imunoprofilaxia contra hepatite B e 45,2% contra HIV. Além disso, coletam material do agressor, 28%. 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%⁽¹⁸⁾.

Em um dos estudos⁽¹⁹⁾, encontrou-se que a atenção às mulheres é limitada nos serviços de saúde e segurança pública, e, neste universo, a grande questão é a falta de ambientes adequados e profissionais capacitados nas delegacias da mulher e no hospital. Encontrou-se que a sala de espera na delegacia é comum para todas as demandas, que há inexistência de fluxo de encaminhamento e que existe agendamento para as consultas. No hospital, o acolhimento acontecia pelos profissionais da segurança, sem privacidade e sem a presença de profissional de saúde capacitado⁽¹⁹⁾.

A arbitrariedade nas informações sobre o acesso aos serviços de saúde é outra barreira no atendimento, e o estudo realizado na cidade de São Paulo aponta os relatos das mulheres quanto à obrigação de realizar o boletim de ocorrência (BO) ou o exame pericial no Instituto Médico Legal (IML) antes de buscar o atendimento nas unidades de saúde⁽²⁰⁾, comprometendo, dessa maneira, o início das ações profiláticas que devem ser iniciadas até 72 horas após o evento, segundo as atuais diretrizes do Ministério da Saúde (MS)⁽¹⁰⁻¹²⁾.

A diversidade de gestão no Brasil permite que, em alguns estados, os serviços se adequem para atender as exigências do MS. No estudo comparativo entre duas capitais brasileiras (Rio de Janeiro e Fortaleza) constatou-se que, no Rio de Janeiro, os locais de atendimento e o acesso das mulheres aos serviços de saúde são realizados por encaminhamentos da rede intra e intersetorial, enquanto em Fortaleza encontrou-se uma desarticulação entre os serviços integrantes da rede e ambientes adequados para o atendimento das mulheres em situação de VS⁽²¹⁾.

O cenário atual do país é composto por profundas modificações na base legal do atendimento da VS, sendo possível que alguns entraves ao enfrentamento apareçam em decorrência das limitações no setor saúde, como: o desconhecimento das mulheres sobre os seus direitos, que envolvem procedimentos, encaminhamentos, acesso ao aborto legal e proteção, também comprometido pelo pouco investimento em divulgação de direitos⁽¹⁶⁻²²⁾.

Apesar dos avanços na construção das políticas e da presença marcante do movimento feminista no enfrentamento da violência, a implementação da atenção em saúde às mulheres em situação de VS está distante de alcançar a repercussão

almejada, é preciso conhecer e identificar as deficiências dos serviços, assim como lutar pela continuada articulação política e técnica para a estruturação e a manutenção dos serviços⁽²¹⁾.

O primeiro atendimento às vítimas de VS, em 64,4% dos casos, acontecem no serviço de saúde antes de completarem 24 horas da ocorrência da VS, e em 81,3% dos casos as mulheres fizeram uso da anticoncepção de emergência no Serviço de Saúde após a agressão, no prazo de até 72 horas⁽²²⁾.

A mulher necessita de atendimento e acompanhamento de qualidade para evitar a reincidência, nos casos de violência crônica, assim como que se coloque à disposição todas as tecnologias para o atendimento e prevenção de doenças, e de orientação acerca dos seus direitos e das instituições que trabalham em diferentes esferas dos serviços públicos, incluindo os serviços de saúde, segurança e assistência social, para compor as redes de atendimento.

As normas do MS^(10,12,21) foram respeitadas em três estudos. Além da medicação profilática para evitar a gestação, exames laboratoriais também devem ser uma preocupação constante em todas as consultas e testes laboratoriais para detectar gestação, sífilis, hepatite B e C, HIV, *chlamydia*, gonorréia, *trichomoníase*, papilomavírus humano (HPV) e, ocasionalmente, podem estar indicados exames radiográficos, tomografia ou ultrassonografia⁽²¹⁾.

Infelizmente, mesmo nos serviços capacitados, há a dificuldade em prosseguir o tratamento, pois as mulheres, mesmo orientadas quanto à finalidade das sorologias para IST e HIV, colhidas no atendimento imediato, não aderem à terapia antirretroviral (TARV)⁽²²⁾.

As mulheres têm dificuldade de acessar o Serviço de Saúde devido à escassez de informações⁽²²⁾. Evidenciou-se a necessidade de um olhar ampliado da gestão para ofertar capacitação aos profissionais de saúde sobre o amparo legal que regulamenta o atendimento às vítimas de VS, incluindo a realização do abortamento, para assegurar a acessibilidade ao atendimento de direito. Profissionais de saúde desconhecem o direito das mulheres em situação de violência sexual considerarem o aborto, que é amparado por lei, nesses casos, e o consideram um crime⁽²³⁾.

No estudo nacional que avaliou a situação do atendimento a mulheres e crianças vítimas de VS, com amostra de 874 hospitais do país, apenas 30% referiram realizar a interrupção legal da gravidez nos casos de estupro, sendo 37% em casos de risco de vida à mulher e 26% por malformação fetal incompatível com a vida⁽¹⁸⁾.

Os gestores e os profissionais de saúde deixaram os seus conhecimentos restritos sobre as consequências da VS na saúde da mulher e, com isso, não as orientam em relação aos exames e tratamentos, nem sobre as proteções legais as quais elas têm direito. Essa limitação inviabiliza que a mulher supere o trauma da violência.

No estudo⁽²⁴⁾ realizado em Campinas, São Paulo, as mulheres chegam, na maioria, para o atendimento imediato nas primeiras horas após a agressão, e assim os profissionais podem iniciar as profilaxias para IST, incluindo os antirretrovirais, antibióticos, vacina para hepatite B e anticoncepção de emergência, bem como podem orientar a mulher sobre a importância de denunciar o agressor, realizar o aborto e o acompanhamento tardio, por seis meses, e sinalizar os serviços disponíveis na rede de atendimento no estado e no município.

Conclui-se, com os estudos analisados, que 87,5% dos estados atendem^(21,22) ao que é preconizado pelos programas do MS^(10,12), mas nem todos os serviços encontrados nessa pesquisa possuem estrutura para atender às mulheres, tornando-se uma limitação para o atendimento.

Percepção das mulheres acerca da assistência à violência sexual

O segundo núcleo temático esteve presente em dois dos artigos analisados neste estudo, correspondendo a 9,5%⁽²⁶⁻²⁷⁾. A ínfima quantidade de artigos que deram voz às mulheres permite uma reflexão para aguçar a criticidade do leitor. Será que os estudos sobre VS estão seguindo uma prática produtivista no eixo hospitalocêntrico, que não permite às usuárias um espaço para criticar, sugerir mudanças no serviço, ou mesmo apontar ausência de humanização nesses atendimentos da rede intra e intersetorial?

Diante dessa reflexão, este núcleo temático apresenta o início da visibilidade social da VS. A criminalização da VS começou a ser discutida na sociedade em 2006, com a criação da Lei nº 11.340⁽¹¹⁾, conhecida popularmente como Lei Maria da Penha, que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, estabelecendo mudanças na tipificação dos crimes e nos procedimentos policiais e jurídicos^(10,11).

A vinculação da VS com as punições decorrentes dessa lei⁽¹¹⁾ não foram suficientes para auxiliar as mulheres na busca de ajuda após a VS⁽²⁵⁾. Esse achado corrobora vertente da violência ser associada à segurança pública e punitiva, mas não aos cuidados da saúde da mulher.

Durante o atendimento nos serviços de saúde, as mulheres percebem que a sua qualidade está associada à presença ou ausência do julgamento dos profissionais⁽²⁶⁾ e pelos serviços ofertados durante o atendimento e internação⁽²⁷⁾. Os aspectos positivos foram mais recorrentes do que os negativos acerca do atendimento e, entre eles, estiveram: o acolhimento e o fato de terem sido ouvidas e apoiadas⁽²⁵⁾.

No estudo realizado em Campinas, observou-se que todas as mulheres atendidas no serviço desconheciam a existência de programa de assistência à mulher vítima de VS, a importância das medidas de emergência e do direito legal à interrupção de gestação. A busca de ajuda aconteceu após a gestação ser o fator denunciante da VS⁽²⁷⁾.

A percepção dessas mulheres para o serviço especializado nesse atendimento foi na maioria positiva, principalmente por não se sentirem julgadas pela equipe, tanto em relação à VS como em relação ao aborto, e a capacidade de compreender que a mulher foi vítima e não culpada ou causadora da violência⁽²⁶⁾. O mesmo estudo relata que o atendimento às mulheres que desenvolveram uma gravidez ocorre pela assistente social, que orienta sobre o procedimento, os direitos e responsabilidades da mulher, com a solicitação para realização do aborto redigido de próprio punho e a recomendação de abertura do BO. Posteriormente, a mulher é atendida por psicóloga, enfermeira e médico⁽²⁶⁾.

Os hospitais do Sistema Único de Saúde em Salvador, Recife e São Luís evidenciaram que a atenção ao aborto legal ainda não alcança as normas do MS e órgãos internacionais⁽²⁷⁾.

As mulheres avaliaram os hospitais e 10-20% os desqualificaram na escala de satisfação, abrangendo tópicos como: as poucas orientações sobre a gravidez, cuidados pós-alta, consulta de revisão, planejamento da gravidez e acesso à contracepção. Além disso, 90-95% de pontos positivos informaram ser o respeito, privacidade, não discriminação, controle dos sinais vitais e acesso a AE. Evidenciaram, também, como satisfatório, que 60-70% falaram a respeito de limpeza do ambiente, oferta de absorventes, troca de roupa de cama, controle da temperatura do ambiente, alívio da dor e exame pós-procedimento⁽²⁷⁾.

A garantia de acesso das mulheres vítimas de VS ao aborto legal está prevista na Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da VS Contra Mulheres e Adolescentes e na Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, mas ainda assim, na realidade do país, existem muitas deficiências na assistência à mulher. A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que a acessibilidade é um indicador de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde^(10,12,17).

A discussão foi realizada com pouco material científico, o que força a reflexão sobre a insipiente voz das mulheres em situação de VS, reais usuárias dos serviços, quanto às suas dificuldades para buscar os serviços, receberem tratamento, exercerem os seus direitos e manterem-se acompanhadas diante de um momento tão delicado das suas vidas.

Atendimento dos profissionais de saúde acerca da assistência à violência sexual.

Este núcleo temático está presente em nove estudos, representando 42,85% das publicações analisadas⁽²⁸⁻³⁶⁾ na presente revisão. Encontrou-se profissionais capacitados⁽²⁵⁾ e não capacitados⁽²⁸⁾ para atender às mulheres em situação de VS, mas, devido a questões pessoais, alguns se abstêm do atendimento quando se trata de realizar o aborto legal⁽²⁹⁾.

Diante da estrutura do serviço e da sua adequação ao MS⁽¹⁰⁾, os profissionais de saúde otimizam sua atuação e integração com a equipe multiprofissional e as redes de atendimento⁽²⁵⁾. As limitações das mulheres explanarem o problema restringe o trabalho dos profissionais e, assim, a atuação é restrita ao encaminhamento para outros serviços ou transferência da responsabilidade para outra categoria profissional⁽²⁹⁾.

Encontrou-se a predominância de uma assistência medicalizada, tradicional e fragmentada, valorizando o modelo hegemônico biomédico e desprezando ações de caráter preventivo e de promoção à saúde. A postura distanciada dos profissionais do problema inviabiliza a reformulação das ações de forma a colaborarem no processo de prevenção e assistência a esses casos⁽²⁸⁻³⁰⁾.

Nas unidades básicas de saúde (UBS), evidenciou-se a dificuldade em identificar e direcionar o atendimento pela invisibilidade da VS, tornando o atendimento para essa e outras violências reduzido ao tratamento de sintomas e lesões. Existe a presença marcante do julgamento das mulheres por esses profissionais, imprimindo uma forte carga moral em suas opiniões⁽³¹⁾.

Os profissionais são capazes de identificar usuárias que sofrem agressão devido às marcas físicas deixadas em seus corpos, ou aos sintomas associados, tais como: somatizações, queixas infundadas e desconfortos difusos, angústia, depressão, dispareunia (dores ao manter relação sexual), dentre outras manifestações, além do relato produzido pelas mulheres⁽³¹⁾.

O atendimento de UBS é dicotômico de um serviço de emergência, pois permite o estabelecimento de um vínculo e análise das expressões não verbais, que ajudam na identificação da violência sexual. Os locais de encaminhamento dessas mulheres são: Delegacia de Defesa da Mulher, nos casos de violência física; e, nos casos de agressão sexual, o Hospital das Clínicas da cidade, por possuir um serviço especializado para tratar desse tipo de violência⁽³²⁾.

A exploração comercial sexual não é compreendida como forma de VS. Os profissionais sabem da existência de mulheres, crianças e adolescentes nessa situação, reconhecem que precisam agir a respeito da situação e, no entanto, não existem ações coletivas ou intersectoriais⁽³³⁾.

O atendimento envolvendo o aborto é um dos temas mais complicados quando se trata de VS. A objeção de consciência pode ser exaltada pelo profissional, além do conflito interno sobre a questão religiosa. A incapacidade de serem imparciais frente à decisão da mulher gera comportamentos que ferem o direito das mulheres de realizar o aborto legal⁽³⁴⁻³⁷⁾.

Além das dificuldades de prestar assistência às mulheres, os profissionais tratam a VS como um caso de polícia, responsabilizando o serviço de segurança pública pela conduta do agressor. Além de julgar a mulher, duvidar da veracidade da

agressão, invertendo a sua posição de vítima para a “agressora”, ou “simuladora da agressão”, a fim de prejudicar o homem⁽³⁵⁾. Esse tipo de postura reduz o atendimento e inviabiliza a subsequência na rede de assistência à mulher⁽¹⁰⁾.

A visão limitada da VS para a segurança pública ou para o serviço de emergência, que habitualmente não está preparado para responder às necessidades das mulheres nessa situação, configura uma problemática para o atendimento das mulheres, pois essas ações desestimulam as mulheres a denunciar o agressor, ou mesmo a procurar ajuda^(10,16,35).

A criminalização da violência sexual torna-se um grande entrave para a visibilidade do problema pela sociedade. A redução para um ato criminoso envolve outras questões, como a violência de gênero, que fica esquecida pela necessidade de punir o agressor^(10,16-19).

A insegurança profissional na assistência a essas mulheres é reflexo da escassez de ambientes apropriados, ausência de capacitação profissional e falta de AE⁽³⁶⁾, mesmo com o programa “Mulher: viver sem violência”, o qual, desde 2013, prevê o atendimento igualitário na articulação com governos estaduais, preparando estruturas, protocolos, modos de funcionamento e a integração de toda a rede de serviços prevista para a Casa da Mulher Brasileira. Esta, presente uma em cada capital do país, pretende atuar com serviços públicos de segurança, justiça, atendimento psicossocial e orientação para trabalho, emprego e geração de renda⁽³⁷⁾.

Diante do exposto, ressalta-se como limitação do presente estudo a escassez de pesquisas que abordem a avaliação dos serviços prestados às mulheres em situação de violência sexual no país e a continuidade desse atendimento nas redes inter e intrasetoriais, tendo em vista a necessidade de acompanhamento das mulheres por, no mínimo seis meses. Também houve limitação na avaliação do profissional de saúde acerca das estratégias e da manutenção dos direitos das mulheres em benefício da comunidade acadêmica, bem como ausência de trabalhos realizados que abordassem as limitações e potencialidades dos serviços públicos de saúde no Brasil.

Identificou-se a inexistência de estudos acerca desta temática nas regiões Norte, Centro-oeste e Sul do Brasil, e a maior produção está na região Sudeste, sobretudo nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Existe a necessidade de ampliar os estudos desta temática, uma vez que a violência constitui um fenômeno nacional e ainda é percebida de forma multifacetada e heterogênea.

CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa permitiu concluir que o serviço de atenção à mulher em situação de violência sexual (VS) vivenciou momentos dicotômicos de avanços e retrocessos. As conquistas na construção das políticas públicas no país, que se tornaram um respaldo técnico-científico para melhorar os serviços, mesmo com a criação de ambientes adequados para o atendimento, medicação, profilaxia, orientação e informação sobre o direito das mulheres e definição de profissionais capacitados para este atendimento e profissionais de saúde, ainda está longe do ideal.

Sobre a percepção das mulheres acerca da assistência à VS, encontrou-se que existe uma insatisfação das usuárias pelo descaso em vários níveis que compõem a assistência, desde a segurança pública até os serviços de saúde, pois sofrem com o julgamento quanto ao aborto e ao estupro, e o desconhecimento dos direitos das mulheres pelos profissionais de saúde também representa um dos pontos marcantes na percepção dessas mulheres. Os achados ainda apontam para a insipiência de estudos que oportunizam a voz das mulheres vítimas de VS.

O estudo identificou, principalmente no núcleo temático do atendimento dos profissionais de saúde acerca da assistência à VS, uma lacuna entre a orientação do MS e a realidade dos serviços de saúde. Há necessidade de capacitação dos profissionais, para que estejam familiarizados com a rede inter e intrasetorial, e sobre os direitos das mulheres em situação de VS, e de criação de ambientes adequados para o atendimento e procedimento.

REFERÊNCIAS

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
2. Mason F, Lodrick Z. Psychological consequences of sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013;27(1):27-37.
3. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
4. World Health Organization. Violence against woman: a ‘global health problem of epidemic proportions. Geneva: WHO; 2013.
5. García-Moreno C, Hegarty K, D’Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Gene Feder G. The health-systems response to violence against women. *The Lancet.* 2015; 385(9977):1567-79.

6. Favarelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology after rape. *Am J Psychiatry*. 2004;161(8):1483-5.
7. Ministério da Saúde (BR). Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2016.
8. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Lei Maria da Penha: lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, Secretaria de Políticas para as Mulheres. Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
13. Ministério da Saúde (BR), Presidência da República, Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
14. Ministério da Saúde (BR), Presidência da República, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Balanço semestral do Ligue 180 – Central de Atendimento à Mulher Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
15. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2008;17(4):785-64.
16. Guedes RN, Fonseca RMGS. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(Esp. 2):1731-5.
17. Farias RS, Cavalcanti LF. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(7):1755-63.
18. Andalaft J Neto, Faúndes A, Osis MJD, Pádua KS. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. *Femina*. 2012;40(6):301-6.
19. Villela WV, Vianna LAC, Lima, LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira MF, et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saúde Soc*. 2011;20(1):113-23.
20. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, von Kossel K, Morelli K, Botelho LFF, al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):376-82.
21. Cavalcanti LF, Moreira GAR, Vieira LJES, Silva RM. Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. *Saúde Debate*. 2015;39(107):1079-91.
22. Reis MJ, Lopes MHBM, Higa R, Bedone AJ. Atendimento de enfermagem às mulheres que sofrem violência sexual. *Rev Latinoam Enferm*. 2010;18(4):740-7.
23. Benute GRG, Nonnenmacher D, Nomura RMY, Lucia MCS, Zugaib M. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(2):69-73.
24. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):889-98.
25. Machado CL, Fernandes AMS, Osis MJD, Makuch MY. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(2):345-53.
26. Higar R, Reis MJ, Lopes MHBM. Interrupção legal da gestação decorrente de estupro: assistência de enfermagem às mulheres atendidas num serviço público da cidade de Campinas – SP. *Ciênc Cuid Saúde*. 2007;6(3):372-6.
27. Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Alves SV, et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(7):1765-76.

28. Spinelli MBAS, Souza AI, Vanderlei LCM, Vidal SA. Características da oferta de contracepção de emergência na rede básica de saúde do Recife, Nordeste do Brasil. *Saúde Soc.* 2014;23(1):227-37.
29. Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2014;18(48):47-60.
30. Rocha WB, Silva AC, Leite MSL, Cunha T. Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. *Rev Bioét.* 2015; 23(2):387-99.
31. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16(3):1943-52.
32. De Ferrante FG, Santos MA, Vieira EM. Violence against women: perceptions of medical doctors from primary healthcare units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2009;13(31):287-99.
33. Trabbold VLM, Caleiro RCL, Cunha CF, Guerra AMC. Concepções sobre adolescentes em situação de violência sexual. *Psicol Soc.* 2016;28(1):74-83.
34. Mortari CLH, Martini JG, Vargas MA. Representações de enfermeiras sobre o cuidado com mulheres em situação de aborto inseguro. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(4):914-21.
35. Bezerra JF, Silva RM, Cavalcanti LF, Nascimento JL, Vieira LJES, Moreira GAR. Conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra a mulher na ótica de profissionais de saúde. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2016;29(1):51-9.
36. Ramos CRA, Medici VPG, Puccia MIR. Mulheres vitimadas sexualmente – perfil sócio demográfico e análise do atendimento em um centro de referência. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2009;27(1):22-7.
37. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM-PR). Programa Mulher: Viver sem Violência. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Endereço para correspondência:

Juliana da Fonseca Bezerra
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Rua José Teixeira, 200
Bairro: Praia do Canto
CEP: 29055-310 - Vitória - ES - Brasil
E-mail: ju25fb@hotmail.com