

Atendimento de urgência de mulheres grávidas em decorrência de violência sexual: características e tendências observadas em 20 anos

Emergency care for women due to sexual assault: characteristics and tendency observed for 20 years

Jefferson Drezett^{1,2}, Maria Madalena de Souza Matos Torres¹, Renato de Oliveira¹, Caio Parente Barbosa¹

Descritores

Delitos sexuais; Aborto legal; Violência contra a mulher; Anticoncepção pós-coito; Serviços médicos de emergência

Keywords

Sex offenses; Legal abortion; Violence against women; Postcoital contraception; Emergency medical services

Submetido:

22/07/2021

Aceito:

01/12/2021

1. Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.
2. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Renato de Oliveira
oliveiraxl@hotmail.com

Como citar:

Drezett J, Torres MM, Oliveira R, Barbosa CP. Atendimento de urgência de mulheres grávidas em decorrência de violência sexual: características e tendências observadas em 20 anos. Femina. 2022;50(8):498-504.

RESUMO

Objetivo: O atendimento médico de urgência (AMU) é fundamental na prevenção e na redução de agravos da violência sexual (VS), como o uso de anticoncepção de emergência (AE). O objetivo deste estudo é analisar 20 anos de AMU após VS entre gestantes decorrente de estupro. **Métodos:** Estudo transversal com 2.816 mulheres entre 1999 e 2018. Considerou-se buscar ou não AMU após a VS e dados sociodemográficos. Analisou-se por dispersão de dados e curva exponencial de tendência. **Resultados:** O AMU ocorreu em 188 casos (6,7%). Neste grupo, não se prescreveu AE em 31 (16,5%) mulheres. Não houve diferença significativa nos dados sociodemográficos. Os extremos de variação dos percentuais para quem buscou AMU foram de 16,1%, em 1999, e de 2%, em 2010, com queda da linha de tendência exponencial ($R^2 = 0,4667$). **Conclusão:** Não houve associação com características sociodemográficas e a queda expressiva dos percentuais de gestações sugere, indiretamente, melhora da eficácia dos serviços de saúde em prover a AE.

ABSTRACT

Objective: Emergency medical care (EMC) is essential in the prevention and reduction of sexual assault (SA), including the use of emergency contraception (EC). The aim of this study is to analyze 20 years of EMC after SA in pregnant women due to rape. **Methods:** Cross-sectional study with 2,816 women between 1999 and 2018. It was considered to seek or not EMC after SA and sociodemographic data. Statistical analysis was performed by data dispersion and exponential trend curve. **Results:** EMC occurred in 188 cases (6.7%). In this group, EC was not prescribed in 31 (16.5%). There was no significant difference in sociodemographic data. The extremes of percentage variation for those seeking EMC were 16.1% in 1999, and 2% in 2010, with a drop in the exponential trend line ($R^2 = 0.4667$). **Conclusion:** There was no association with sociodemographic characteristics and the significant drop in the percentage of pregnancies indirectly suggests an improvement in the effectiveness of health services in providing EC.

INTRODUÇÃO

A 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995, reiterou que a violência de gênero constitui obstáculo para que se alcance a igualdade, o desenvolvimento e a paz. As mulheres devem decidir livremente sobre sua fertilidade e sexualidade, sem coerção, discriminação ou violência.⁽¹⁾ Define-se violência sexual (VS) como qualquer ato de natureza sexual sem o consentimento da vítima, podendo ser tentado ou consumado por meio coercitivo ou intimidatório, utilizando a ameaça, o temor psicológico, a agressão física ou o emprego de armas.⁽²⁾

Essa forma particular de violência coloca a mulher em situação de maior vulnerabilidade para experimentar diferentes danos e agravos para a sua saúde. Desde 2009, a Legislação Penal Brasileira tipifica as situações de VS como Crimes Contra a Dignidade Sexual. Os casos que recorrem aos serviços de saúde envolvem, principalmente, o estupro, artigo 213, que estabelece como crime o ato sexual sem consentimento, em que o agressor empregue a violência ou a grave ameaça, e o estupro de vulnerável, artigo 217-A, que criminaliza atos sexuais contra menores de 14 anos ou pessoas que não possam oferecer resistência ou livre consentimento ao agressor. Até 2009, os crimes sexuais eram classificados como Crimes Contra os Costumes, refletindo perspectivas fundamentalmente patriarcais e desalinhadas com os princípios de direitos humanos.⁽³⁾

As atualizações no entendimento jurídico sobre o crime sexual (CS) contrastam com a legislação punitiva e fortemente restritiva em relação ao abortamento, inalterada desde 1940. Os poucos permissivos legais encontram-se no artigo 128 do Código Penal e incluem a interrupção da gravidez para evitar a morte da gestante e o abortamento quando a gravidez resulta de CS.⁽³⁾ Outra situação em que o abortamento se encontra assegurado deriva do julgamento do Supremo Tribunal Federal (STF), em 2012, que decidiu por sua não punibilidade em casos de anencefalia.⁽⁴⁾

Em 1999, o Ministério da Saúde (MS) publicou a primeira normativa técnica com as bases operacionais da política de atendimento para situações de VS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo procedimentos ético-legais e práticas apropriadas para a interrupção segura e humanizada da gravidez.⁽³⁾

As sucessivas edições da normativa ampliaram e aprimoraram as ações relacionadas com a VS e recomendaram que mulheres nessas situações buscassem, primariamente e de forma imediata, o atendimento em saúde sem necessidade prévia de comunicação policial, do exame médico-legal ou de procedimento judicial contra o agressor.⁽³⁾

Essa política nacional de saúde gerou grande expectativa sobre a crescente e sustentada implantação de serviços públicos organizados e capacitados para atender pessoas em situação de VS. No entanto, após quase 20 anos, constata-se que a gestão, a estruturação e a continuidade desses serviços enfrentam obstáculos ainda não

equacionados pelo poder público, refletindo em uma oferta insuficiente, descontínua e irregularmente distribuída dos serviços de saúde.^(4,5) Essas dificuldades se asseveram quando a mulher decide interromper a gravidez decorrente da VS, com pouca oportunidade de encontrar serviços públicos de saúde que garantam atendimento.⁽⁶⁾

Limitações na qualidade da assistência podem interferir negativamente no acesso das mulheres à anticoncepção de emergência (AE), fundamental para a profilaxia da gravidez decorrente da VS e, consequentemente, para reduzir a necessidade de realizar o abortamento.⁽⁷⁾ Embora se mostre crescente o conhecimento sobre as características dos serviços de saúde que oferecem atendimento para situações de violência, há pouca informação sobre as mulheres que recorrem ao atendimento médico de urgência (AMU) e o impacto da AE. Dessa forma, o objetivo deste estudo é analisar o histórico de busca por AMU após VS de mulheres que engravidaram após estupro durante um período de 20 anos em um serviço público de referência.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico transversal com amostra de conveniência de mulheres atendidas com gravidez decorrente de VS e solicitação de abortamento legal no Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brasil, entre agosto de 1999 e dezembro de 2018.

As gestantes foram distribuídas em dois grupos conforme a declaração de terem ou não buscado AMU após o CS. O prazo de 72 horas após a VS foi adotado entre 1999 e 2004, conforme a primeira edição da normativa do MS, e de 120 horas, entre 2005 e 2018, conforme a segunda edição da normativa do MS.⁽³⁾ A VS foi caracterizada pela narrativa feminina ou de seu representante legal, consistente com os artigos 213 ou 217-A do Código Penal.⁽³⁾ Foram excluídos casos com narrativas que não caracterizaram CS, falsas alegações de VS e declaração de cor da pele ou etnia amarela ou indígena, pelo restrito número de casos.

Como variável dependente, considerou-se buscar ou não AMU após a VS. Para os aspectos sociodemográficos, consideraram-se as variáveis idade, escolaridade, cor da pele, estado civil, religião e ocupação. O CS foi caracterizado por uso de violência física, tipificação do agressor, idade gestacional e uso da AE.

Utilizou-se distribuição de frequência para variáveis categóricas e média e desvio-padrão para as variáveis numéricas. Utilizou-se o teste qui-quadrado de Person para associar a variável dependente com as demais e para razão de chances (*odds ratio*) com $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95%. A distribuição anual dos percentuais de mulheres que buscaram AMU utilizou curva de dispersão exponencial ($y = 3E+54e^{-0,061x}$). Os dados foram analisados por *software* Epi Info, versão 7.2.3.1.

Esta é uma pesquisa integrante de um estudo maior aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro

Universitário São Francisco de Barreiras, sob Parecer nº 3.668.297 (29/10/2019). Observaram-se as Resoluções nº 196/1996 e nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre aspectos éticos inerentes à pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

Foram identificadas 2.951 solicitações de abortamento legal decorrentes de VS. Excluímos 103 casos entre 1994 e 1998: 13 casos pela não caracterização do CS, 9 casos de autodeclaração de cor amarela e 5 casos de indígenas, e 5 casos por falsa alegação de CS. Os 2.816 casos foram divididos em 188 mulheres (6,7%) que buscaram AMU e 2.628 mulheres (93,3%) que não o buscaram. As características sociodemográficas das mulheres e da VS encontram-se na tabela 1.

No grupo que realizou AMU, a idade das gestantes variou entre 10 e 42 anos, com média de $22,9 \pm 6,6$ anos.

No grupo que não buscou AMU, a idade variou entre 10 e 47 anos, com média de $24,7 \pm 7,6$ anos. Adolescentes (10-19 anos) corresponderam a 63 casos (33,5%) no grupo que buscou AMU e a 742 casos (28,2%) no grupo que não recorreu a ele ($p = 0,121$). A idade gestacional variou entre 4 e 12 semanas, com média de $10,4 \pm 1,9$ semanas no grupo que realizou o AMU. No grupo que não buscou AMU, a idade gestacional variou de 4 a 37 semanas, com média $12,5 \pm 5,4$ semanas. Entre as mulheres que buscaram o AMU, 31 casos (16,5%) declararam que não foi prescrita a AE. No grupo que não buscou por AMU, encontramos 504 mulheres (19,2%) que fizeram uso da AE sem prescrição médica. Esses casos foram caracterizados como falha do método contraceptivo. Entre as mulheres que buscaram AMU em relação ao total de casos atendidos, houve variação de 16,1%, em 1999, para 2%, em 2010. Na figura 1, encontram-se a linha de tendência exponencial e a dispersão da distribuição anual dos percentuais encontrados ($R^2 = 0,4667$).

Tabela 1. Características sociodemográficas e da violência sexual de mulheres com gravidez decorrente de violência sexual segundo busca ou não de atendimento de emergência após o crime sexual

	Busca por atendimento de urgência			OR (IC 95%)	p-value*
	Sim (n = 188) n (%)	Não (n = 2.628) n (%)	Total (n = 2.816) n (%)		
Cor da pele/etnia					
Branca	90 (47,9)	1.366 (52,0)	1.456 (51,7)	0,84 (0,63-1,14)	0,276
Negra	98 (52,1)	1.262 (48,0)	1.360 (48,3)		
Escolaridade					
<9 anos	44 (23,4)	588 (22,4)	632(22,4)	1,06 (0,74-1,50)	0,753
≥9 anos	144 (76,6)	2040 (77,6)	2184(77,6)		
Situação de união					
Sim	38 (20,2)	456 (17,3)	494 (17,6)	1,20 (0,83-1,74)	0,319
Não	150 (79,8)	2.172 (82,6)	2.322 (82,4)		
Declaração de religião					
Sim	156 (83,0)	2.104 (80,1)	2.260 (80,2)	1,21 (0,82-1,79)	0,331
Não	32 (17,0)	524 (19,9)	556 (19,8)		
Ocupação/trabalho					
Sim	125 (66,5)	1.854 (70,5)	1.979 (70,3)	0,82 (0,60-1,13)	0,239
Não	63 (33,5)	774 (29,5)	837 (20,7)		
Violência física					
Sim	24 (12,8)	485 (18,4)	509 (18,0)	0,64 (0,41-1,00)	0,050
Não	164 (87,2)	2.143 (81,6)	2.307 (82,0)		
Local da abordagem					
Espaço público	156 (83,0)	2.042 (77,7)	2.198 (78,0)	1,39 (0,94-2,06)	0,091
Espaço doméstico	32 (17,0)	586 (22,3)	618 (22,0)		
Tipo de agressor					
Desconhecido	135 (71,8)	1.724 (65,6)	1.859 (66,0)	1,33 (0,96-1,85)	0,082
Conhecido	53 (28,2)	904 (34,4)	957 (34,0)		

* Qui-quadrado de Person. OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confiança de 95%.

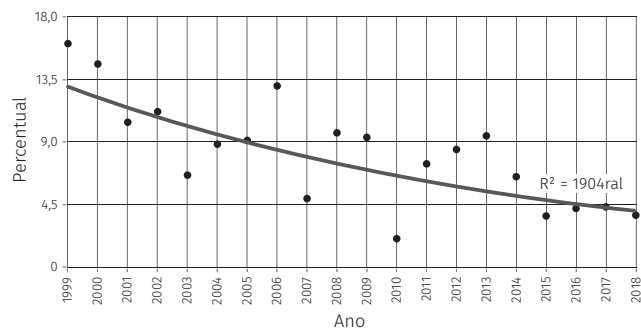


Figura 1. Dispersão e linha de tendência exponencial dos percentuais anuais de gestantes que buscaram atendimento médico de emergência após violência sexual em relação ao total de gestantes atendidas

DISCUSSÃO

Neste estudo, nenhuma das variáveis analisadas mostrou diferença significativa, refutando diferentes hipóteses que poderiam se associar com a variação da busca por AMU após o CS. As médias de idade nos dois grupos não divergiram das pesquisas que reportam mulheres jovens como as vítimas mais frequentes da VS praticada por agressores desconhecidos em grandes centros urbanos.⁽⁵⁾ No Brasil, o Mapa da Violência de 2015 mostrou que a prevalência de VS é maior entre adolescentes de 12 a 17 anos, alcançando 24,3% dos casos.⁽⁸⁾ Em Santa Catarina, a idade de 10 e 14 anos apresentou chance três vezes maior de gravidez decorrente de VS.⁽⁹⁾

Em nossos resultados, a maioria apresentou tempo mínimo de nove anos de escolaridade, compatível com o relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, de 2018, no qual o Brasil apresentou um aumento na média de escolaridade de 7,2 anos, em 2010, para 7,8 anos, em 2018.⁽¹⁰⁾ Porém, não há um consenso sobre esse tópico, uma vez que a baixa escolaridade já foi associada com CS praticado tanto por desconhecidos^(5,11) quanto pelo parceiro íntimo no Brasil,⁽¹²⁾ semelhante ao que ocorre no Zimbábue e na Índia.^(12,13)

Dados censitários de 2016 indicam que 47,7% das brasileiras se autodeclararam brancas,⁽¹⁴⁾ o que é compatível com pesquisas com mulheres em situação de VS que buscaram AMU público.^(5,11,15) Nesse aspecto, nossos resultados divergiram dos de um estudo baseado nos dados do Sistema de Vigilância de Acidentes, no qual 70% das mulheres reportaram cor preta, reiterando a etnia como elemento que perpassa a violência e os conflitos de gênero.⁽¹⁶⁾ Mesmo o feminicídio, manifestação extrema da violência de gênero, atinge de forma mais contundente mulheres brasileiras pretas, com 5,6/100.000 assassinatos, ao passo que, em mulheres brancas, essa taxa é 3,2/100.000 assassinatos.⁽¹⁷⁾

A condição de não união no momento do CS predominou nos grupos estudados e está congruente com publicações brasileiras.⁽⁵⁻¹¹⁾ Aventa-se o fato de haver maior prevalência de VS entre mulheres mais jovens.

Ter parceiro íntimo e seu eventual apoio foi irrelevante em nosso estudo.

Práticas e vivências religiosas também podem ser relacionadas com diferentes prevalências e níveis de violência contra a mulher, particularmente no âmbito doméstico. Mulheres evangélicas brasileiras sofrem mais violência física e psicológica dentro do casamento do que as católicas.⁽¹⁵⁾ Na Índia, mulheres cristãs possuem menor risco de sofrer violência pelo parceiro íntimo.⁽¹²⁾

Em nossos resultados, a maioria das participantes declarou ter alguma religião, o que indica que isso não limitou o abortamento. Entretanto, o viés de seleção pelas mulheres primariamente decididas em interromper a gravidez após VS limitou uma avaliação ampliada. Em um estudo com servidoras públicas brasileiras com gravidez não planejada, 30%, aproximadamente, não realizaram o abortamento por convicções religiosas.⁽¹⁸⁾

A violência também atinge com maior frequência mulheres sem trabalho formal ou ocupação, inserindo-se o fenômeno dentro de uma perspectiva de estratificação social.⁽¹⁶⁾ Embora as restrições econômicas aumentem a vulnerabilidade feminina, no presente estudo, quase 70% declararam ter ocupação formal ou informal, porém sem estabelecer a renda pessoal ou familiar, o que impediu uma análise mais detalhada.

Dados brasileiros do Mapa da Violência de 2015 mostraram que casos de VS prevalecem no espaço privado e doméstico, representando 71,9% das ocorrências.⁽⁸⁾ Diferentemente, identificamos quase 80% dos atendimentos decorrentes de espaços públicos. Isso pode se relacionar com as características das usuárias que recorreram ao Hospital Pérola Byington, sendo a maioria violentada por desconhecidos em espaços públicos durante atividades cotidianas, compatível com outros estudos.^(5,11)

A trajetória ou rota crítica das mulheres brasileiras que sofrem CS indica que a maioria não busca por AMU nem o comunicam para as autoridades de segurança pública.^(5,15) No presente estudo, o emprego da força física isoladamente ocorreu na minoria dos casos (18%), sem relevância na busca de AMU, diferente do estudo de Facuri *et al.*,⁽¹¹⁾ que encontrou uso da violência física em 50,2% em CS.

A proximidade com o agressor poderia se relacionar com a recusa ao acesso aos procedimentos e cuidados, tornando-as mais sujeitas ao constrangimento, à intimidação ou à percepção de grave ameaça.^(5,19) Outra possibilidade consiste na cultura patriarcal tolerante com a violência e com a possível desmobilização feminina, reduzindo a percepção dos seus direitos.^(5,19) As desigualdades de gênero tanto naturalizam como invisibilizam a violência contra a mulher, tornando implícita a ideia de algo inevitável, subalternidade ocupada socialmente pelo feminino.⁽²⁰⁾

No mesmo sentido, o trauma e os danos emocionais podem interferir negativamente no reconhecimento dos riscos para a saúde a que estão expostas.^(7,20) Há ainda

a possibilidade de temor sobre um tratamento inquisitório ou julgador,⁽⁵⁾ falta de atendimento respeitoso e humanizado⁽⁵⁾ ou revelação à polícia contra seu desejo, colocando-as em risco.⁽⁶⁾ Adicionalmente, há possível descrença em respostas adequadas das instituições públicas para seus atendimentos e direitos.⁽²¹⁾

As graves ameaças contra a mulher, incluindo a promessa de morte, são descritas como frequente recurso intimidatório do agressor desconhecido para praticar a VS, tanto para inibir a resistência da vítima quanto para obter o seu silêncio, reduzindo a possibilidade de serem identificados e responsabilizados.⁽⁵⁾ Quando o perpetrador é o parceiro íntimo, registros brasileiros revelam agressão física e espancamento em 70,9% dos casos.⁽¹⁶⁾

Considera-se que a integração entre os serviços de saúde e da segurança pública seja essencial para garantir a integralidade, a qualidade e a resolutividade no atendimento de mulheres que sofrem CS.⁽²²⁾ No Brasil, constata-se expressivo crescimento dos registros oficiais de violência contra a mulher, maior comunicação para a polícia e maior busca pelo exame médico-legal após a implantação da Lei Maria da Penha.^(11,22) Essa participação de atores da segurança pública e de operadores do direito parece ser maior quando os casos envolvem adolescentes grávidas em decorrência de relação incestuosa.⁽¹⁹⁾

No Brasil, Facuri *et al.*⁽¹¹⁾ reportaram aumento significativo do AMU nas primeiras 24 horas da VS, quando se comparam os períodos entre 2006 e 2008 a 2009 e 2010. Contudo, há limitada capacitação dos serviços públicos de saúde em relação ao fenômeno. No campo da violência de gênero, os gestores brasileiros da saúde ainda se mostram fortemente influenciados por estruturas e crenças vigentes. Poucos compreendem seu papel no enfrentamento da violência contra a mulher, frequentemente desconhecem as legislações sobre o tema e, geralmente, não estão familiarizados com os protocolos e normativas técnicas de assistência em saúde.⁽²³⁾ Persistem concepções equivocadas e limitadas de que a VS não atende ao escopo da saúde, o que desfavorece o acolhimento e as intervenções necessárias para as mulheres.⁽⁶⁾

Isso poderia refletir no acesso das mulheres às medidas de profilaxia e de proteção à saúde, particularmente a AE. Na Zâmbia, poucas instalações de saúde estavam adequadamente preparadas para abordar casos de VS e apenas 16% garantiam a profilaxia para HIV e AE.⁽²⁴⁾ Nos EUA, padrões e práticas de médicos de emergência de Maryland, Virgínia e Columbia mostram que, apesar de 83% prescreverem AE, metade restringe, equivocadamente, a prescrição até 48 horas da VS.⁽²⁵⁾ Em populações em situação de vulnerabilidade, como na fronteira entre a Tailândia e a Birmânia, atribuiu-se o baixo uso de AE a barreiras estruturais e à falta de protocolos de saúde reprodutiva baseados em evidências.⁽²⁶⁾ No Brasil, há prescrição de AE em 72,7% dos atendimentos.⁽¹¹⁾

A adoção e a acessibilidade aos protocolos médicos e à capacitação das equipes de saúde mostram-se fundamentais na qualificação do AMU em casos de VS. Na Bélgica, o atendimento considerado ideal, que inclui investigações das infecções sexualmente transmissíveis, profilaxia antibiótica, AE e seguimento médico e psicológico, aumentou de 10% para 90% após medidas abrangentes para a aplicação de protocolos e preparo técnico das equipes de saúde.⁽²⁶⁾ Na Inglaterra, a *The British Association of Sexual Health and HIV* adotou instrumento de gestão dos serviços de emergência para mulheres em situação de VS e demonstrou melhora considerável em seus parâmetros em três anos.⁽²⁷⁾

Entretanto, muitos hospitais autodenominados católicos recusam-se a fornecer AE com base na *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*. Baseiam-se na retórica de que a AE tem mecanismo de ação “abortivo”,⁽²⁸⁾ mesmo havendo consistentes evidências científicas contrárias.⁽⁷⁾

No Brasil, em Jundiá e Ilha Bela, há leis draconianas e inconstitucionais proibindo a venda da AE nas farmácias e sua distribuição nos serviços públicos de saúde com o mesmo falso argumento.⁽²⁹⁾ Em 2013, a Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) manifestou-se publicamente contrária ao uso da AE nos CS, requisitando veto para a Lei nº 12.845, que garantia assistência integral em saúde para mulheres em situação de VS no âmbito do SUS, por supor que a AE tem “efeito abortivo”.⁽²⁹⁾

Posicionamentos fundamentalistas podem inibir a expansão da rede de enfrentamento à VS, na medida em que atingem gestores de saúde. A questão se agrava quando existe a necessidade de recorrer ao abortamento legal quando a gravidez decorre da VS. A maternidade é fortemente associada ao início da vida desde a concepção, ideia difundida notadamente nas sociedades ocidentais que se alinham aos princípios judaico-cristãos.⁽⁶⁾ A decisão das mulheres pelo abortamento em casos de VS deve ser algo individual, mediante o acionamento de seus valores pessoais e de sua consciência. Assim, não cabe atribuir ao abortamento legal intervenções morais, políticas ou religiosas, tendo em vista que se trata de um direito reprodutivo garantido por normas internacionais de direitos humanos e, especificamente, pela Legislação Penal Brasileira.^(6,29)

Em cenários restritivos para a saúde sexual e reprodutiva, as farmácias privadas podem consistir em espaços alternativos de acesso à AE com sigilo e confidencialidade. Porém, não são universais e gratuitas.

Entretanto, devem-se destacar outras políticas públicas. Em 2002, o Estatuto de Roma do Tribunal Penal permitiu ao Estado reconhecer a VS, entre outras formas de violência, como crime contra a humanidade. Em 2011, a Secretaria de Políticas para as Mulheres estabeleceu a Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, articulando as organizações governamentais e não governamentais e a comunidade, integrando o SUS com a assistência social, sistema de justiça e direitos humanos,

segurança pública e sociedade civil.⁽³⁾ Além disso, incorporar a questão de gênero e as concepções de direitos humanos e sociais ao campo da saúde coletiva permite novas configurações para o modelo de atendimento em saúde de mulheres em situação de violência.⁽³⁰⁾

Em nossos resultados, 16,5% das mulheres com gravidez decorrente de estupro não receberam AE nos serviços de saúde a que recorreram, apesar da elegibilidade para sua administração. Pode-se inferir que parte expressiva dessas mulheres seria poupada de uma dramática e danosa experiência. Mesmo assim, a rota crítica de mulheres grávidas de CS passa, majoritariamente, pelos serviços de saúde, com relatos permeados por preconceito, conotações morais e religiosas, acolhimento precário e baixa resolutividade.⁽³⁰⁾

Todavia, consideramos positiva a sustentada redução dos percentuais de casos que buscaram AMU ao longo de 20 anos, o que pode refletir o uso mais frequente e adequado da AE na região metropolitana de São Paulo, evitando a gravidez. O número de mulheres em ambos os grupos com falha da anticoncepção pode ser atribuído à taxa média de falha inerente ao método, de aproximadamente 15%.⁽⁶⁾

Ressalta-se o aspecto documental de 20 anos deste estudo em um centro de referência, embora haja limitações de uma amostra de conveniência. É possível alguma imprecisão nas respostas quanto ao AMU que receberam. A restrição de validação externa decorre da região metropolitana de São Paulo, a qual concentra o maior número de serviços de saúde de urgência organizados para oferecer a AE.

CONCLUSÃO

A partir de uma análise de 20 anos, não se identificaram características sociodemográficas ou do CS associadas com a busca ou não das mulheres por AMU em um serviço público de referência. A queda expressiva dos percentuais de gestantes que buscaram atendimento desde a publicação da primeira normativa técnica do MS sugere, indiretamente, melhora da eficácia de um serviço de saúde de referência em prover a AE. Os resultados permitem supor que questões estruturais de gênero tenham papel importante para que muitas mulheres não recebam a AE em situações de VS. A persistência de uma cultura de violência contra a mulher, culpabilizadora e julgadora, pode interferir na motivação e na decisão em recorrer ao AMU, limitando a profilaxia da gravidez. Ao mesmo tempo, pode se refletir na qualidade das ações dos serviços de saúde, considerando-se o expressivo número de casos em que a AE não foi oferecida para as mulheres.

REFERÊNCIAS

- Centre for Development and Population Activities CEDPA. Cairo conference affirms CEDPA priorities. CEDPA Netw. 1995;1-2.
- Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002;360(9339):1083-8. doi: 10.1016/S0140-6736(02)11133-0
- 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: norma técnica [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2021 May 28]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [cited 2021 May 28]. (Norma Técnica. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 11). Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_gestacao_anencefalos.pdf
- Blake MT, Drezett J, Machi GS, Pereira VX, Raimundo RD, Oliveira FR, et al. Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape. *Int Arch Med*. 2015;8(29):1-14. doi: 10.3823/1628
- Madeiro AP, Diniz D. Legal abortion services in Brazil – a national study. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(2):563-72. doi: 10.1590/1413-81232015212.10352015
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde [Internet]. 2ª ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2011. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf
- Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Flacso; 2015 [cited 2021 May 20]. Available from: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf
- Delzio CR, Coelho EB, d'Orsi E, Lindner SR. Sexual violence against women and care in the health sector in Santa Catarina – Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(5):1687-96. doi: 10.1590/1413-81232018235.20112016
- United Nations Development Programme. Human development indices and indicators: 2018 statistical update [Internet]. Washington (DC): United Nations Development Programme; 2018 [cited 2021 May 20]. Available from: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf
- Facuri CO, Fernandes AM, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RC. [Sexual violence: a descriptive study of rape victims and care in a university referral center in São Paulo State, Brazil]. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):889-98. doi: 10.1590/s0102-311x2013000500008. Portuguese.
- Kimuna SR, Djamba YK, Ciciurkaite G, Cherukuri S. Domestic violence in India: insights from the 2005-2006 national family health survey. *J Interpers Violence*. 2013;28(4):773-807. doi: 10.1177/0886260512455867
- Mukanangana F, Moyo S, Zvoushe A, Rusinga O. Gender based violence and its effects on women's reproductive health: the case of Hatcliffe, Harare, Zimbabwe. *Afr J Reprod Health*. 2014;18(1):110-22.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [cited 2021 May 20]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
- Leite FM, Amorim MH, Wehrmeister FC, Gigante DP. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:33. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006815
- Garcia LP, Silva GD. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(4):e00062317. doi: 10.1590/0102-311X00062317
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da violência 2019. Brasília (DF): IPEA/ Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2019 [cited 2021 May 20]. Available from: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf

18. Bento SF, Pacagnella RC, Faúndes A, de Pádua KS, Fernandes KG, Araújo DM, et al. The abstract versus the concrete: differing opinions of medical residents in obstetrics and gynaecology about abortion and punishment of abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2019;24(6):494-500. doi: 10.1080/13625187.2019.1682135
19. Bessa MM, Drezett J, Adami F, Araújo SD, Bezerra IM, Abreu LC. Characterization of adolescent pregnancy and legal abortion in situations involving incest or sexual violence by an unknown aggressor. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(8):474. doi: 10.3390/medicina55080474
20. Souza FB, Drezett J, Meirelles AC, Ramos DG. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. *Reprod Clim*. 2012;27(3):98-103. doi: 10.1016/j.recli.2013.03.002
21. Frias S. Violación e intento de violación de mujeres, patrones de búsqueda de ayuda y denuncia. Un análisis a partir de la ENDIREH 2016. *Pap Poblac*. 2018;24(95):237-72. doi: 10.22185/24487147.2018.95.10
22. Campos MA, Schor N, Anjos RM, Laurentiz JC, Santos DV, Peres F. Violência sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. *Saúde Soc*. 2005;14(1):101-9. doi: 10.1590/S0104-12902005000100011
23. Batista KB, Schraiber LB, D'Oliveira AF. Gestores de saúde e o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres: as políticas públicas e sua implementação em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(8):e00140017. doi: 10.1590/0102-311X00140017
24. Dennis ML, Owolabi OO, Cresswell JA, Chelwa N, Colombini M, Vwalika B, et al. A new approach to assess the capability of health facilities to provide clinical care for sexual violence against women: a pilot study. *Health Policy Plan*. 2019;34(2):92-101. doi: 10.1093/heapol/czy106
25. Bakhru A, Mallinger JB, Fox MC. Postexposure prophylaxis for victims of sexual assault: treatments and attitudes of emergency department physicians. *Contraception*. 2010;82(2):168-73. doi: 10.1016/j.contraception.2010.01.005
26. Gilles C, Manigart Y, Rousseau C, Libois A, Gennotte AF, Rozenberg S. Implementation of a protocol and staff educational sessions improves the care of survivors of sexual assault. *Maturitas*. 2019;124:39-42. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.03.004
27. Kumari BS, Bopitiya S, Bassinder A, Das S. Audit on management of sexual assault victims attending an integrated sexual health service in Coventry. *Int J STD AIDS*. 2019;30(9):911-4. doi: 10.1177/0956462419832102
28. Wicclair MR. Conscientious refusals by hospitals and emergency contraception. *Camb Q Healthc Ethics*. 2011;20(1):130-8. doi: 10.1017/S0963180110000691
29. Drezett J. Fundamentalismo religioso e violência sexual. *Reprod Clim*. 2013;28(2):47-50. doi: 10.1016/j.recli.2013.10.001
30. Santos DL. Mulheres na busca pelo aborto legal: rota crítica percorrida e necessidades em saúde suscitadas [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019.