

 <https://doi.org/10.58871/000.25042023.v2.17>

ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL

ATTENTION TO PEOPLE IN SITUATIONS OF DOMESTIC AND SEXUAL VIOLENCE

FELIPE GABRIEL BARBOSA DE OLIVEIRA II
Universidade de Brasília – UnB

RESUMO

O objetivo deste documento é fornecer informações sobre a violência doméstica e sexual, incluindo a Lei Maria da Penha e a atenção às pessoas que sofrem esses tipos de violência. Além disso, o documento aborda a gravidez decorrente de violência sexual. Foram coletadas informações de fontes nacionais e internacionais, incluindo a Organização Mundial da Saúde e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar todas as Formas de Violência contra a Mulher. As informações foram reunidas em seções para uma melhor organização do conteúdo. Os resultados indicam que a violência é um grave problema de saúde pública em todo o mundo, afetando pessoas de todas as idades e gêneros. No Brasil, a violência é a sexta maior causa de internações e a principal causa de morte da população jovem. Durante o isolamento social decorrente da pandemia da COVID-19, houve um aumento nos casos de violência doméstica, conforme relatórios do Fórum Brasileiro de Segurança Pública. O documento aborda a importância da Lei Maria da Penha e dos tratados internacionais que protegem os direitos das mulheres e grupos vulneráveis. Além disso, a seção sobre gravidez decorrente de violência sexual destaca a importância do acesso aos serviços de saúde e de interrupções da gravidez em casos de estupro. A violência doméstica e sexual é um problema grave que afeta a saúde física e mental das vítimas. É fundamental desenvolver estratégias para prevenir, punir e erradicar todas as formas de violência contra as mulheres e grupos vulneráveis. É importante também garantir o acesso aos serviços de saúde e a interrupções da gravidez em casos de estupro, a fim de proteger os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Palavras-chave: Violência doméstica; Violência sexual; Lei Maria da Penha.

ABSTRACT

The purpose of this document is to provide information on domestic and sexual violence, including the Maria da Penha Law and attention to people who suffer from these types of violence. In addition, the document addresses pregnancy resulting from sexual violence. Information was collected from national and international sources, including the World Health Organization and the Inter-American Convention to Prevent, Punish, and Eradicate All Forms

of Violence against Women. The information was gathered in sections for better organization of the content. The results indicate that violence is a serious public health problem worldwide, affecting people of all ages and genders. In Brazil, violence is the sixth leading cause of hospitalizations and the leading cause of death among young people. During the social isolation due to the COVID-19 pandemic, there was an increase in cases of domestic violence, according to reports from the Brazilian Public Security Forum. The document addresses the importance of the Maria da Penha Law and international treaties that protect the rights of women and vulnerable groups. In addition, the section on pregnancy resulting from sexual violence highlights the importance of access to health services and abortion in cases of rape. Domestic and sexual violence is a serious problem that affects the physical and mental health of victims. It is essential to develop strategies to prevent, punish, and eradicate all forms of violence against women and vulnerable groups. It is also important to ensure access to health services and abortion in cases of rape to protect women's sexual and reproductive rights.

Keywords: Domestic violence; Sexual violence; The Maria da Penha Law.

1. INTRODUÇÃO

A violência é responsável pela morte de 4,4 milhões de pessoas a cada ano, correspondendo a 8% de todas as mortes e ainda sendo causa de 10% de todos os anos vividos com alguma deficiência (WHO, 2021). No contexto nacional, a violência é a sexta maior causa de internações e ainda está em primeiro lugar entre as causas de morte da população jovem (15 a 24 anos). Somente em 2016, foi computada 62.517 mortes violentas intencionais e 49.497 estupros no país (Andrade; Azeredo; Peres, 2020).

Durante o período de isolamento social em decorrência da pandemia do COVID-19, a violência doméstica ganhou destaque nas redes sociais e segundo dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública houve aumento de casos em alguns estados da federação “As denúncias ao Ligue 180 – número de telefone para reportar a violência contra as mulheres - aumentaram 17,9% em março e 37,6% em abril de 2020, e os feminicídios cresceram 22% em 12 estados” (FBSP, 2020).

É preciso mencionar ainda que os desdobramentos com a violência estão além de tratamento de ferimentos físicos, mas provoca também incapacidades, uma série de doenças crônicas e infecciosas, depressão, consumo abusivos com drogas e dentre outros agravos (WHO, 2014), podendo então afirmar que violência é um sério problema para a saúde pública no mundo.

Em todos os seus tipos, a violência pode atingir pessoas de ambos os sexos, em qualquer faixa etária (WHO, 2021). Entretanto, algumas populações estão mais suscetíveis, por exemplo,

os casos da violência doméstica e sexual são mais prevalentes entre as mulheres (WAAL et al, 2017).

Devido a esse impacto clínico e social da violência na vida das pessoas é de suma importância o levantamento da epidemiologia da violência no Brasil a fim de subsidiar o aperfeiçoamento de estratégia de prevenção a violência bem como criação de novas, visando o controle desse agravo.

2. METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste trabalho consistiu em uma revisão bibliográfica sistemática da literatura científica disponível sobre o tema da atenção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual. Foram consultadas diversas bases de dados, incluindo PubMed, SciELO e Lilacs, utilizando termos de busca relacionados ao assunto. Foram analisados artigos em português, inglês e espanhol, publicados nos últimos 10 anos.

Os artigos foram selecionados de acordo com critérios de inclusão pré-definidos, que incluíam a relevância do tema para a atenção à saúde, a qualidade metodológica do estudo e a disponibilidade do artigo em texto completo. Foram excluídos artigos que não abordavam diretamente o tema da atenção à saúde, que apresentavam baixa qualidade metodológica ou que não estavam disponíveis em texto completo.

Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e analisados quanto aos seus principais achados e contribuições para a compreensão do tema. Foram identificadas lacunas e desafios na atenção à saúde de pessoas em situação de violência doméstica e sexual, bem como boas práticas e recomendações para aprimorar a atenção a essas populações.

Além disso, foram analisadas normas técnicas, leis e políticas públicas relacionadas à atenção à saúde de pessoas em situação de violência doméstica e sexual, a fim de compreender o marco legal e regulatório que orienta a atuação dos profissionais de saúde nesse campo.

A metodologia utilizada permitiu uma compreensão ampla e aprofundada do tema da atenção à saúde de pessoas em situação de violência doméstica e sexual, abordando desde aspectos conceituais e epidemiológicos até questões práticas de atendimento e cuidado. As informações obtidas podem ser úteis para gestores, profissionais de saúde e outros atores envolvidos na promoção da saúde e prevenção da violência, contribuindo para a melhoria da atenção a essas populações vulneráveis.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS E LEI MARIA DA PENHA

Na sociedade moderna, a violência contra as pessoas é indiscutivelmente o evento mais bioético. A relevância se dá não apenas só para o corpo, a mente, e o dano social que causa, mas também depende da quantidade de ações e despesas públicas para tratamento. A Conferência Internacional das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento no Cairo (1994) e a Conferência das Mulheres em Pequim (1995) posteriormente articularam a questão da violência sexual como uma grande violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (ANDRADE et. al., 2020).

A que destacar que o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, por sua vez, classifica a violência sexual como um “problema de saúde pública” que o mundo e todos os governos enfrentarão, e levantou o assunto em sua Plataforma de Ação (ANDRADE et. al., 2020).

Além de participar desses compromissos internacionais, o Brasil é signatário dos seguintes tratados: Garantir os direitos das mulheres e crianças vítimas de violência doméstica e sexual. Como resultado, houve um progresso considerável no acesso das vítimas do sexo feminino aos serviços de saúde e atendimento imediato após o estupro (ANDRADE et. al., 2020).

O acesso aos hospitais, principalmente os públicos, tem sido ampliado na busca por essa e outras ações que beneficiam as mulheres, principalmente as mais necessitadas, que começam a realizar interrupções da gravidez quando exigidas por lei, exemplo disto em casos de estupro. Em 1994, o Brasil sediou e participou ativamente da chamada “Convenção de Belém do Pará”, oficialmente conhecida como Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar todas as Formas de Violência contra a Mulher. Esta convenção foi adotada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (1994), e ratificada pelo Brasil (1995) (ANDRADE et. al., 2020).

Várias conclusões são extraídas deste importante dos eventos já destacados, entre elas o fato de que “a violência contra a mulher transcende todos os setores da sociedade, independentemente de sua classe, raça ou etnia, níveis salariais, cultura, nível educacional, idade ou religião, e afeta negativamente seus próprios fundamentos” (BRASIL, 1995). Desta forma, o documento de ação elaborado pelos signatários, que o Brasil está concluído, foi

concluído, este é considerado um marco importante no desenvolvimento de uma estratégia de conformidade (FBSP, 2020).

Governo do Brasil representado por uma delegação chefiada pelo Governo do Brasil (2003), pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres participou da 29ª Sessão do Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), apresentou na oportunidade um Relatório Nacional à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, por fontes da sociedade civil e pesquisadores, em que sintetizam avanços e barreiras para a cidadania plena das mulheres no Brasil (WAAL, 2017).

Em 2005, o Brasil voltou ao Comitê para apresentar seu sexto relatório periódico. O grupo de trabalho responsável, coordenado pela Secretaria Especial de Política da Mulher e pelo Ministério das Relações Exteriores/Divisão de Direitos Humanos e Assuntos Sociais foi criado para preparar esse trabalho. Ao analisar o relatório anterior, foram fornecidas informações sobre políticas baseadas nas disposições da Convenção e nas 21 recomendações feitas ao Brasil pelo Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (FBSP, 2020).

Entre os temas abordados nos últimos relatórios, encontra-se diversos aspectos relacionados à violência contra mulheres, crianças, idosos, homossexuais, entre outros.

Dessa forma, pode-se observar que as quatro décadas do final do século passado foram importantes para o desenvolvimento de políticas de saúde e eliminação da violência que não beneficiaram apenas mulheres e grupos vulneráveis (ALVES, 2021).

No entanto, apesar dos presentes programas disponíveis, a violência continua a ser infligida em todas as circunstâncias da vida de todos os cidadãos, sendo evidente que os mais vulneráveis são os mais atingidos, pois muitas vezes é difícil obter os seus direitos. desconhecido ou negado (FBSP, 2020).

Em termos de bioética que desafia os profissionais de saúde, têm-se questões relacionadas às circunstâncias do aborto perante a lei, a obrigação dos serviços de saúde de prestar serviços que tratem os direitos das mulheres de forma equitativa, o compromisso dos órgãos de saúde em desenvolver esses serviços, de limitar o que a saúde profissionais afirmam ser ‘Objeção de Consciência’, obrigações e limitações nas denúncias e notificação obrigatória, consentimento informado e informado, e algumas legislações que os profissionais de saúde devem estar atentos para fornecer os devidos encaminhamentos, esclarecimentos e até orientações às vítimas de violência em geral, especialmente para mulheres (ALVES, 2021).

A se falar sobre aborto, precisa-se destacar a lei no 2.848/40 (CPB), no art. 128 teremos:

Não se pune o aborto praticado por médico: I – Se não há outra maneira de salvar a vida da gestante; II – Se a gravidez é resultado de estupro e o aborto é autorizado pela gestante ou seu representante legal.” (BRASIL, 1940).

De fato, no final da década de 1980, foram promulgadas as primeiras leis no Rio de Janeiro e em São Paulo, hospitais municipais que ofereciam interrupção da gravidez em situações “ilegais” que existem no direito penal brasileiro. Apesar disso, luta-se há 22 anos e ainda não se entrega esse serviço universal como sugere nosso sistema unificado de saúde (SUS) deveria. Nos últimos anos, também buscamos acrescentar um terceiro inciso ao art. 128, que permitiria que fetos anencefálicos interrompessem sua gravidez (ALVES, 2021).

As discussões acontecem há sete anos, com grupos conservadores e religiosos insistindo em impedir a evolução do direito da mulher de decidir uma gravidez que não leve a um feto viável, Além de colocar a gestante em maior risco de complicações como pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia, gravidez prolongada, polidrâmnio, descolamento de placenta, ruptura uterina, embolia de líquido amniótico, insuficiência respiratória, atonia uterina, anemia grave e necessidade de transfusões sanguíneas, infecção puerperal e muitas outras complicações. Complicações podem ocorrer antes desta gravidez, e o risco de gravidez é muito maior do que com uma gravidez normal. Por outro lado, esses fetos nasceram mortos no útero em 50% das vezes, e os nascidos vivos nasceram mortos dentro de 48 horas após o nascimento. O diagnóstico de anencefalia foi definitivamente feito por ultrassonografia, ainda no primeiro trimestre de gravidez, e não pode justificar a espera de resolução muito mais tarde do que o primeiro trimestre (FBSP, 2020).

Essas dificuldades na obtenção de direitos legais, seja no caso de estupro ou loucura, levam essas mulheres a buscarem situações de risco para o aborto, resultando em perda desnecessária de vidas (BRASIL, 2013).

Em continuação, destaca a necessidade de falar sobre os crimes contra a dignidade da pessoa humana, a definição então elimina números obscenos, levando em consideração de que é qualquer forma de agressão sexual, como estupro (vaginal, anal, oral, inter femoral, manipulação, etc.). Também define estupro de grupos vulneráveis quando esta forma de violência é perpetrada contra crianças, adolescentes, pessoas com deficiência, idosos e outras pessoas vulneráveis (FBSP, 2020).

A violência se aplica a pessoas com deficiência e pessoas menores de 18 anos e maiores de 14 anos. Menores de 14 anos, mesmo com consentimento, a relação sexual é considerada estupro presuntivo de pessoa vulnerável e não exige violência ou constrangimento. Para esses casos, existe um mecanismo de penalidades cumulativas (FBSP, 2020).

Outro aspecto importante da Lei é que embora respeite o direito de representação em processos judiciais contra agressores maiores de 18 anos, no caso de estupro de pessoa vulnerável, a representação é incondicional, ou seja, mesmo que contra a vontade da pessoa responsável (CUNHA, 2007).

A lei também leva em consideração outras situações como agressão sexual fraudulenta, assédio sexual, exploração sexual, tráfico internacional de pessoas, rufiões (exploração sexual por terceiros), exploração de menores, etc. Dependendo da situação, há um processo de penalidade cumulativa, este é um avanço considerável em termos de leis que protegem os direitos sexuais e reprodutivos das pessoas, especialmente das mulheres (CUNHA, 2007).

Por fim, a Lei Maria da Penha (11.340/2006), destacam-se o aumento das penas para violações de mulheres que ocorrem no lar ou no ambiente doméstico. Esta lei foi promulgada para proteger os direitos das mulheres. A lei alterou o Código Penal brasileiro para possibilitar que aqueles que violaram as mulheres na esfera familiar ou doméstica sejam presos no local ou condenados a prisão preventiva (BRASIL, 2006).

Outro aspecto importante é que esses agressores também não estarão mais sujeitos a penalidades alternativas, como o pagamento de cestas básicas. A legislação também aumentou o período máximo de detenção para agressores de um para três anos e previa medidas que iam desde a saída do agressor de casa até a proibição de acesso às mulheres agredidas (BRASIL, 2017, p. 218).

GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a violência sexual tem grandes repercussões na saúde física e mental de vítimas que sofreram com isso, a gravidez que ocorre desta violência, conseqüentemente as reações psicológicas, sociais e biológicas são ruins, pois uma gestação que não é desejada e/ou forçada é também uma certa violência em segundo plano para diferentes mulheres e há um problema grande, pois as mesmas por falta de informação sobre seus direitos ou até mesmo por dificuldade de acesso a serviços, são então, convencidas a parar a gravidez em clínicas clandestinas de aborto, que na maioria das vezes não estão em condições favoravelmente seguras por às vezes ser locais sujos além de não dar nenhuma garantia de vida para a mulher, trazendo então, graves conseqüências para a sua saúde, como a morte. As mulheres tem que ter acesso à informação e orientação solidária, ao abortamento que é previsto por lei, as complicações depois de abortar e ao planejamento pós-aborto, para evitar e prevenir novos abortos (WHO, 2021).

A mulher em situação de gravidez por conta de violência sexual, bem como a adolescente e seus representantes, deve ser sanada e deixada claro toda a informação e alternativas legais quanto a gestação e sobre os serviços de saúde, como por exemplo, é direito dessas mulheres e adolescentes serem informadas da possibilidade de interrupção da gravidez, conforme Decreto-Lei 2848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro, como podem também manter a gestação até o seu término, tendo cuidados pré-natais próprios, e nesse caso, também devem receber informações detalhadas sobre as alternativas após o nascimento, como a escolha de permanecer com a futura criança ou colocá-la para a adoção, onde o serviço de saúde deve providenciar junto às autoridades, o processo regular de adoção para a criança (BRASIL, 2013).

Segundo a Norma Técnica do Ministério da Saúde (Brasil, 2012), o risco de gravidez decorrente do estupro varia entre 0,5 e 5%, depende de alguns fatores, como: idade da vítima, coincidência com o período fértil, se a violência foi um caso isolado ou se é uma violência continuada, e se a vítima estava utilizando métodos anticoncepcionais. Pode-se considerar que os casos de gravidez entre as adolescentes são mais numerosos, em fase do número alto de estupro entre crianças e adolescentes.

Outro dado observado na norma técnica (2012) é que, entre as vítimas adultas que ficaram grávidas como consequência do estupro, 19,3% realizaram aborto previsto em lei, enquanto nas adolescentes e crianças 10,6% dos casos, ou seja, essa proporção reduz quando a grávida é adolescente ou criança, até porque a norma técnica também diz que o aborto para menores de 18 anos, só deve ser feito quando os responsáveis legais e o menor estão de acordo, então possivelmente, a diferença na taxa de aborto entre menores de idade e adultos é um fato.

Ainda que persiste médicos e profissionais da saúde, a convicção falsa de que, a AE é método abortivo, a literatura científica diz que não, e há evidências suficientes do contrário, que atestam o mecanismo de ação atuante só antes da fecundação, impedindo ou retardando a ovulação, ou inviabilizando a migração dos espermatozoides no sentido do óvulo e não há, indicador que a AE interfira sobre a implantação ou sobre a concepção, ou que resulte em abortamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998, p. 59). A AE é um método anticonceptivo bastante seguro e que pode ser utilizado até cinco dias da violência sexual, mas a eficácia da AE é maior quando utilizada rapidamente, nas primeiras 12 horas, sendo que seus efeitos colaterais são bem tolerados. A AE é oferecida para todas as mulheres que foram expostas à gravidez de contato ou duvidoso com sêmen, independentemente do ciclo menstrual da violência sexual (BRASIL, 2005, p. 70; FAÚNDES et al, 1999, p. 317; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998, p. 59).

Os profissionais que estão no atendimento às vítimas de aborto, com o despreparo dos mesmos para lidar com a situação, à falta de capacitação, domínio tanto no teórico e prático da violência sexual e emocional, há uma falta de empatia e compaixão para com o ser humano que está ali e isso distância ainda mais o envolvimento pessoal. (Farias, & Cavalcanti, 2012; Soares, 2003; Vieira et al., 2009). Os profissionais, em termos da Norma Técnica e da legislação acerca do aborto legal entendê-la, acima de tudo, depois refletir sobre suas crenças e valores para não comprometer com o atendimento às vítimas de VS, principalmente nos casos de interrupção.

NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA

Inicialmente, destaca-se que as ações de vigilância em saúde são função da Atenção Básica. A notificação é de extrema importância para a elaboração e implementação de políticas públicas, visto que permite dimensionar os problemas de saúde e a necessidade de investimentos; desenvolver programas e ações específicas e permite conhecer a dinâmica dos agravos (BRASIL, 2013).

De um modo específico, a notificação dos casos de violência dá visibilidade ao problema, estimar a epidemiologia dos casos, bem como criar políticas públicas de prevenção (BRASIL, 2013).

A descrição dos casos de violência no Brasil se restringia a análises do Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e, eventualmente, pelas pesquisas dos boletins de ocorrência policial (BO) (BRASIL, 2009). Perante essa realidade, em 2006, o Ministério da Saúde criou a Vigilância de violências e acidentes (VIVA), aumentando as possibilidades de monitoramento dos casos de violência. Esse sistema de vigilância possui dois componentes da ação de vigilância: vigilância contínua e a pontual, sendo a primeira feita por meio de notificação de violência doméstica, sexual e outras formas de violência, a qual a notificação acontece por meio da “Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências” no Sinan Net; a segunda realizada através de inquérito, por amostragem, a partir de dados sobre violências e acidentes coletadas em Serviços de Urgência e Emergência e o instrumento de coleta é a “Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência” no Sinan Net (BRASIL, 2017).

A notificação é compulsória em casos de violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos (ECA, Estatuto do Idoso, Lei nº 10.778/2003). Ainda é preciso ressaltar que

a ficha é única, ou seja, é a mesma ficha independente do sexo, etnia, classe social, orientação sexual e essa ficha se encontra no site Sinan NET. (BRASIL, 2013).

REDE DE ATENÇÃO, APOIO E PROTEÇÃO

A atenção às vítimas de violência e suas famílias não é responsabilidade apenas dos serviços de saúde, deve-se incluir setores governamentais e não governamentais que atuem nessa questão para então compor a rede de atenção, respeitando as características de cada município. Deve ser organizada, integrada, objetivada, construída e voltada para as necessidades da população, como no caso de vítimas de maus-tratos e que sofreram violência sexual. (BRASIL, 2013).

A formação da rede de apoio inicia com o levantamento de quais são essas instituições e posteriormente a elaboração de um fluxo de atendimento. Esse fluxo deve considerar que todos os casos de violência devem ser analisados numa perspectiva multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, é fundamental destacar que uma rede para ser instrumento de intervenção, precisa ser construída e dirigida através do local de habitação. (BRASIL, 2013).

Os profissionais interdisciplinares podem contribuir para encontrar uma real e melhor forma de atenção possível para as famílias e pacientes em geral, e também podemos dizer, que a rede de atenção, apoio e proteção funciona não só para o paciente em questão, ou seja, quem recebe a atenção, mas também para o próprio profissional, que encontra um espaço para dividir suas ansiedades, suas experiências e de pacientes, nesse mundo com barbaridades cotidianas, tragédias e maus-tratos (BRASIL, 2007).

A capacitação dos profissionais e gestores da rede integrada, gera cada vez mais insumos e divulgação para o público em geral, assumindo então, um compromisso decisivo nos setores, e quando se têm um vínculo entre eles, há fortalecimento e crescimento, e para uma organização, vínculo e comunicação exemplar, as unidades básicas de saúde devem ter listagem dos endereços e telefones das diversas instituições e setores da rede. Sobre o mapeamento da rede, deve-se estimular a troca de informações e encaminhamentos, sendo necessário sua divulgação para o público, e como consequência, ter um trabalho mais articulado e integralizado (BRASIL, 2007).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem como objetivo promover a atenção integral a mulheres que sofreram maus-tratos e violência sexual, aumentando o número de serviços à atenção nos municípios de microrregiões, que reforça a construção de uma metodologia multisetorial e a qualificação de profissionais da área de

atenção para mulheres em situação ou com risco de violência doméstica e/ou sexual (BRASIL, 2007).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe deve oferecer informações claras e acessíveis para a mulher que realiza a interrupção da gravidez, respeitando-se os princípios de confidencialidade e privacidade. A equipe deve prover essas informações de forma sensível, considerando as condições emocionais de cada mulher. Ela deve ser esclarecida sobre o que será feito, medidas para alívio da dor, tempo do procedimento, segurança do procedimento e de permanência no serviço. A assistência deve começar em nível de atenção primária, atentando-se para atividades preventivas de conhecimento dessa temática à população, a fim de que essas mulheres também possam ser assistidas desde o começo, evitando problemas futuros ou quando já dada à situação de gravidez possam ter a autonomia de decidir o desfecho e é fundamental que o acompanhamento seja continuado e não pontual nos serviços de saúde. Os profissionais e provedores de saúde deveriam estar capacitados para o manejo clínico e psicológico das vítimas de violência sexual, para que os risco de cada caso ser rigorosamente avaliados, oferecendo-se a AE caso necessário.

Deveria também, ser promovido acesso a cuidados psicológicos contínuos para as vítimas de violência sexuais juntamente com seus familiares. Além disso, mulheres em situação de violência sexual deveriam receber informações claras e completas sobre seus direitos, negligenciar esses aspectos, particularmente os psicológicos, representa uma imperdoável manifestação de descaso e de abandono. O novo paradigma, exige que a atenção à saúde seja oferecida frente a qualquer outra medida, não se tratando de uma simples escolha.

A eficiência das intervenções depende, principalmente, da precocidade com que elas forem instituídas, como no caso das sobreviventes da violência sexual, que esperam mais que a simples aplicação de protocolos de conduta, elas esperam receber uma atenção digna e respeitosa, cabendo aos profissionais de saúde o reconhecimento de seu importante papel no destino dessas mulheres e o exercício ético e responsável de medidas protetoras de sua saúde e de seus direitos humanos.

A complexidade que envolve a gravidez decorrente de violência sexual, há também limitações que devem ser consideradas, como nos aspectos conceituais, os estudos em gravidez decorrente de violência sexual são escassos, onde a violência, é um tema que tem encontrado crescente mobilização no cenário científico, mas carece de consistência a ser conquistada que promova o avanço das ideias, como já citado acima.

REFERÊNCIAS

ALVES, Bianca; OPPEL, Ticiana. **Violência doméstica. Dita Livros**, 2021.

ANDRADE, A.B.; AZEREDO, C.M.; PERES, M.F.T. Exposição à violência comunitária e familiar e autoavaliação de saúde na população brasileira. **Rev Bras Epidemiol** 2020; v.23: e.200039. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200039>.

BRASIL. Lei No 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário oficial da união**, Brasília, 3 out. 2003.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul. 1990a.

BRASIL. LEI Nº 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário oficial da União**, 25 nov. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007 / **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 154 p.: il. + 1 CD-ROM – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014 [recurso eletrônico] / **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 218 p.: il. Modo de acesso: World Wide Web.

CUNHA, Rogério Sanches; PINTO, Ronaldo Batista. **Violência doméstica**. Lei Maria da Penha, 2007.

DANTAS-BERGER, Sônia Maria; GIFFIN, Karen. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 417-425, 2005.

FÓRUM BRASILEIRO DE SAÚDE PÚBLICA (FBSP). **Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19-Ed.2**. São Paulo: **Fórum Brasileiro de Segurança Pública** [Internet]. São Paulo: FBPS; 2020. Disponível em: <http://forumseguranca.org.br/wpcontent/uploads/2020/06/violencia-domestica-covid-19-ed02-v5.pdf>

SOUZA, Cecília de Mello; ADESSE, Leila. Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios. In: **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios**. 2005. p. 186-186.

WAAL, M.W. et al. Gender differences in characteristics of physical and sexual victimization in patients with dual diagnosis: a cross-sectional study. **BMC Psychiatry** 2017; v.17, p.270. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1413-0>

World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. Genebra: **World Health Organization**; 2014.

World Health Organization. Injuries and violence. 2021 [acessado em 28 fevereiro 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/injuries-andviolence>.