

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
UNIDADE DE EDUCAÇÃO CONTINUADA
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTETRICA**

CLÁUDIA RIBEIRO DA CUNHA FRANCO

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER E GÊNERO:
Revisão Integrativa da Literatura**

PORTO ALEGRE

2015

CLÁUDIA RIBEIRO DA CUNHA FRANCO

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER E GÊNERO:

Revisão Integrativa da Literatura

Artigo apresentado como requisito de conclusão do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Ma. Márcia Rejane Strapasson

**PORTO ALEGRE
2015**

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER E GÊNERO: Revisão Integrativa da Literatura

FRANCO, Claudia¹
STRAPASSON, Márcia Rejane²

Resumo: Acredita-se que esta temática carece de mais estudos, sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para o cuidado e assistência à mulher vítima de violência sexual. **Objetivo:** Analisar a produção científica nacional publicada sobre a violência sexual contra a mulher e gênero. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Optou-se pelas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO) no período de 2010 a 2014 e considerando-se, apenas, a produção científica nacional. Utilizou-se um quadro sinóptico como instrumento de coleta de dados e posterior análise. O qual contemplou os seguintes aspectos: nome do artigo, autores, local de origem da produção científica, objetivos do estudo e ano da publicação. **Resultados:** Constatou-se que os anos de 2012 e 2013 foram os anos com maior número de estudos sobre o assunto proposto e que a região Sudeste do Brasil concentra a maioria dos artigos. As revistas de psicologia estão entre os periódicos que mais têm pesquisas publicadas sobre o tema. **Discussão:** A forma de assistência e perfil das vítimas de violência sexual são os assuntos mais elencados nos artigos. **Conclusões:** Sugere-se compreender e implementar o conceito de rede de assistência no qual o Estado e gestores pensem em uma política de assistência voltada ao problema que, hoje, a OMS destaca como uma "epidemia de saúde". Essa pode ser uma estratégia para a redução da violência sexual contra a mulher. **Descritores:** identidade de gênero, violência sexual, violência contra a mulher.

Abstract: It is believed that this issue needs further studies, awareness raising and training of health professionals for the care and assistance the woman victim of sexual violence. **Objective:** to analyze the national scientific production published on sexual violence against women and gender. **Method:** an integrative review of the literature. We opted for the databases Latin American literature and Caribbean Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO) during the period from 2010 to 2014 and considering only the national scientific production. A summary table as a tool for data collection and further analysis. Which included the following: item name, authors, place of origin of scientific production, study goals, year of publication. **Results:** it was found that the years 2012 and 2013 were the years with the largest number of studies on the subject, and the southeastern region of Brazil concentrates the majority of articles. The psychology journals are among the Esperanto publications that have published research more on the topic. **Discussion:** the form of assistance and profile of victims of sexual violence are those listed in articles subjects. **Conclusions:** it is suggested to understand and implement the concept of assistance where the State network and managers think a policy of assistance aimed at the problem that today the who highlights how an epidemic of health can be a strategy for the reduction of sexual violence against women.

Key words: gender identity, sexual violence, violence against women.

1Enfermeira.Bacharel em Enfermagem pela Universidade Feevale. Autora do Trabalho. E-mail: claufra@bol.com.br

2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Orientadora do trabalho. E-mail: marcirejane@yahoo.com.

INTRODUÇÃO

A violência sexual constitui-se em uma grave violação dos direitos humanos e um sério problema de saúde pública no mundo, podendo causar danos irreversíveis à saúde mental e física do indivíduo, além do custo social que acarreta (OSHIKATA, 2011). Trata-se de uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes. (BRASIL, 2012).

Sensível às reivindicações dos movimentos feministas e de mulheres, o Ministério da Saúde (MS), vem assumindo e se comprometendo com o enfrentamento à violência junto à Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres no âmbito do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres desde 2003 (BRASIL, 2012).

As ações de enfrentamento à violência foram ao longo dos anos fortalecidas por meio da elaboração de conceitos, diretrizes, normas e da definição de ações e estratégias de gestão e monitoramento (BRASIL, 2011 b).

Atualmente, as políticas públicas para a violência foram ampliadas através dos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres, a Lei Maria da Penha, a Política e o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, as Diretrizes de Abrigamento das Mulheres em situação de Violência, Norma Técnica de Padronização dos Centros de Atendimento à Mulher em situação de Violência, Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, a lei do Aborto Legal, entre outros (BRASIL, 2011 b).

Para consolidar a implementação dessas políticas quanto à vigilância epidemiológica, o Ministério da Saúde (MS) publica o Instrutivo para o preenchimento da Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou Outras Violências (BRASIL, 2011a).

Nesse contexto, a violência sexual é um fenômeno de conceituação complexa em função da sua interface com os aspectos sociais, culturais, religiosos e econômicos (BRASIL, 2011). Também implica nas questões de gênero, que tem sua expressão através das diferentes facetas do patriarcado no qual fica mais evidente, persistente e sobrevive à história (BRASIL, 2012). Essa história é repleta de exemplos, nos quais as mulheres em guerras eram violentadas como símbolo de conquista e da barbárie que circundava esse tipo de ação (OLIVEIRA, 2007). A naturalização da violência contra a mulher é um fenômeno que se constitui a partir da desigualdade entre os sexos, que historicamente, vem sendo construída como mecanismos ideológicos que permitem a sujeição das mulheres nas relações de gênero, partindo dos conceitos de inferioridade (GUEDES, 2011).

Nessa perspectiva, a violência sexual conceitua-se como qualquer ação baseada em uma posição de poder, uso da força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, para forçar outra pessoa ao sexo, como também a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou ainda utilizar a sua sexualidade com fins lucrativos, vingança ou outra intenção (BRASIL, 2011. B). Inclui, também, como violência sexual, o estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado, jogos sexuais e práticas eróticas, sem consentimento informado, pornografia infantil, pedofilia, manuseio, penetração (oral, anal ou genital) de forma forçada, assim como a exposição coercitiva ou constrangedora a esses atos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico entre outros (BRASIL, 2011. B).

Frente à violência sexual, a mulher é exposta à diferentes riscos, podendo comprometer sua saúde física e mental. Além das consequências psicológicas, os traumas físicos, ginecológicos e a gravidez, podem ocorrer. (BRASIL, 2012).

Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas, a cada ano, no mundo. (BRASIL, 2012). As estatísticas registram que a violência sexual e o abuso sexual são mais frequentes intrafamiliares - como o estupro e o sexo forçado (OMS, 2002). A Secretaria de Políticas para a Mulher, da Presidência da República registrou 23,86% de denúncias por violência sexual, sendo que todas as vítimas afirmaram que violência ocorria desde o início da relação (Central de Atendimento à Mulher – ligue 180/SPM).

No estado do Rio Grande do Sul, os dados apresentados pelo Sistema Informações de Agravos de Notificações (SINAN), ao longo dos anos são alarmantes, somente no período de 2009 a 2014, o DATASUS registra, na faixa etária entre 15 e 59 anos, a violência sexual feminina atingiu um total de 2.626 registros (DATASUS,2015; SINAN,2015; SES, 2015).

É importante destacar que a violência de gênero, que os dados acima demonstraram, tem uma característica agudizada pelas desigualdades sociais, ou seja, há uma sobreposição de dominação entre classe, gênero e etnia (RAMÃO, 2005). A violência provoca consequências na qualidade de vida da vítima e exige atenção e cuidado dos serviços de saúde, em virtude das lesões físicas, psíquicas e morais. No Brasil, cerca de um terço das internações de emergência é consequência de violência (GARCIA, 2008).

A relação de força, a diferença hierárquica, que caracteriza uma relação de desigualdade com objetivo de exploração, dominação, opressão e a coisificação de ser humano é o que temos como conceito de violência (RAMÃO, 2005).

Nesse sentido, reconhecemos a violência sexual como um importante agravo à saúde e

violação dos direitos das mulheres, que vêm exigindo respostas imediatas dos serviços de saúde e também da academia (GARCIA, 2008).

O desejo em estudar essa temática surgiu a partir da minha história de vida, elencada no movimento feminista nos anos 80, seguida da minha vivência como profissional da área de saúde, como enfermeira. Ao longo da minha vida profissional observo, também, que os profissionais em saúde possuem, no manejo com as mulheres, vítimas de violência sexual, uma profunda dificuldade, seja pela necessidade de não envolvimento ou pelo desconhecimento de como proceder.

Constata-se que os profissionais de saúde consideram a violência contra a mulher como um problema sério e de importância relevante à sociedade, com profunda causa de gênero e desigualdade, entretanto, os mesmos demonstram pouco conhecimento na forma de agir no desenvolvimento de sua prática profissional (LETTIERE, 2007). Por isso, a sensibilização e a importância dos profissionais de saúde para o acompanhamento dessas mulheres e a notificação desses casos tornam-se indispensáveis para melhores desfechos (GARCIA, 2008).

Acredita-se que essa temática carece de mais estudos, sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para o cuidado e assistência à mulher, vítima de violência sexual.

Para nortear esta pesquisa, formulou-se a seguinte questão: Como as pesquisas científicas nacionais abordam a temática da violência sexual contra a mulher e gênero?

Diante desses aspectos, este estudo teve como objetivo geral: analisar a produção científica nacional sobre a violência sexual contra a mulher e gênero e como objetivos específicos: descrever o cuidado da equipe multidisciplinar à mulher, vítima de violência sexual e o tratamento recomendado, após diagnóstico de violência sexual.

REFERENCIAL TEÓRICO

O ATENDIMENTO À MULHER, VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, existe desde 1999 e os resultados mostram, que apesar da importância, real e simbólica, do atendimento às vítimas de violência sexual, governo e movimento de mulheres não têm conseguido garantir expansão de serviços e nem articular discussão, a contendo, sobre o direito das mulheres na realização de aborto (GARCIA, 2008).

A dificuldade está na padronização de normas e na implantação intra e interinstitucionais necessárias para uma abordagem multidisciplinar do atendimento e a integração com os serviços de segurança pública (GARCIA, 2008).

Dentro da norma existe a formulação da interrupção e não exige a realização de boletim de ocorrência (BO), baseado no entendimento que esse é um procedimento não diretamente relacionado à saúde e sim seu desejo de processar o agressor (GARCIA, 2008).

A maioria dos setores de saúde, no entanto, continua exigindo o boletim de ocorrência (BO) e muitas vezes, o laudo do Instituto Médico Legal (IML), que comprove a veracidade das informações prestadas pela vítima, fato que faz com que muitas mulheres desistam de procurar atendimento (GARCIA, 2008).

Os serviços de saúde são referências e porta de entrada das vítimas de violência, porque têm, em tese, um contato com as mulheres, podendo reconhecer e acolher essas mulheres (LETTIERE, 2007).

O contexto nos mostra as mais variadas formas de violências perpetradas contra as mulheres, evidenciando a necessidade de políticas públicas que as minimizem (MOREIRA, 2011).

Discussões sobre integralidade à saúde constituem a perspectiva, também, de construção, de formação de um novo profissional que fundamentalmente possa prestar um atendimento diferenciado dentro das normas assistência à mulher, vítima de violência sexual e suas nuances (GARCIA, 2008).

A qualificação da atenção à saúde da mulher, em situação de violência, deve superar o modelo biomédico de atenção, onde o processo se limita à questão positivista de ciência. Buscar a superação desse modelo implica rever práticas profissionais de atenção, na busca de emancipação da opressão das mulheres, principalmente com a abordagem de gênero (GUEDES, 2011).

Essa qualificação da equipe de saúde começa no acolhimento e na orientação das vítimas de violência sexual, acolhimento é o tratamento digno e respeitoso, que envolve desde a escuta, o reconhecimento e a aceitação de diferenças, com respeito a direitos de homens e mulheres e, principalmente, com resolubilidade e acesso à assistência, partindo do princípio da saúde como um direito universal e um dever do Estado (BRASIL, 2011).

Importante que essa tarefa de acolher seja uma prática holística da equipe multiprofissional envolvida no acolhimento das vítimas de violência sexual e deve estar presente de forma transversal, enquanto durar o contato com essa mulher (BRASIL, 2011).

O não reconhecimento ou a invisibilidade da situação de violência pelos profissionais de saúde, perpetua o ciclo de violência, diminuindo a eficácia e a efetividade dos serviços de saúde, acarretando um custo financeiro alto para as instituições (LETTIERE, 2007).

A visão fragmentada que o profissional de saúde tem da situação de violência reduz a abordagem da saúde/doença, ao não considerar os aspectos biopsicossociais, essa desconsideração

evidencia a grande dificuldade de manejo dos profissionais de saúde, com a abordagem das vítimas, explicitando uma deficiência de formação, que vem da academia (LETTIERE, 2007).

Salienta-se, que muito mais que protocolos de atendimento, o acolhimento deve ser uma política de gestão e uma prática educativa que deve incorporar o modelo de atendimento, o qual refletirá na qualidade da relação profissional de saúde/usuária (MS, 2011). Profissionais sensibilizados e capacitados devem promover a escuta privilegiada, evitando julgamentos, preconceitos e comentários, sempre respeitando a autonomia das mulheres e seu poder de decisão, mantendo, assim, uma correlação de confiança (BRASIL, 2011).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo integrativo da literatura, que se utiliza de um método de pesquisa no qual permite-se incorporar evidências da prática clínica referente a determinado tema em estudo de forma ordenada e sistemática (MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008).

Esse método segue as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para elaboração da revisão integrativa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados. Para tal, pode-se utilizar um instrumento para reunir e sintetizar as informações chave; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, análise criteriosa; interpretação ou fase de discussão dos principais resultados na pesquisa e por fim apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008).

Para nortear esta pesquisa formulou-se a seguinte questão: Como as pesquisas científicas nacionais abordam a temática da violência sexual e gênero?

Para a realização da pesquisa foram utilizadas as bases de dados LILACS e SCIELO por apresentarem elevada riqueza nos conteúdos e rigor científico. Para esse estudo, utilizou-se os seguintes descritores, a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “identidade de gênero, violência sexual, violência contra a mulher”.

Para seleção dos estudos dessa revisão integrativa, utilizou-se como critérios de inclusão, somente artigos nacionais originais e completos, com ano de publicação entre 2010 e 2014, em idioma português, que apresentaram informações sobre a violência sexual contra a mulher e as questões de gênero, no título ou resumo dos estudos. Assim, os estudos internacionais, artigos com ano de publicação anterior a janeiro de 2010 e superior a dezembro de 2014, os artigos incompletos, teses, dissertações, monografias, revisões de literatura e as duplicidades. A coleta das informações ocorreu no período entre setembro e dezembro de 2015.

Depois de realizado os cruzamentos dos descritores nas bases de dados, foram analisados e selecionados os estudos apresentados de acordo com os critérios de inclusão definidos previamente. Realizou-se uma leitura minuciosa das publicações a fim de responder à questão de pesquisa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Utilizou-se um quadro sinóptico como instrumento de coleta de dados e posterior análise. O qual contemplou os seguintes aspectos: nome do artigo, autores, local de origem da produção científica, objetivos do estudo e ano da publicação.

Os dados apresentados, nesse estudo, apresentam rigor ético quanto à devida referência de autoria e fontes pesquisadas (GIL, 2002).

RESULTADOS

Seguindo os critérios de inclusão propostos, após análise minuciosa e feito o cruzamento dos descritores: violência sexual, identidade de gênero e violência contra a mulher, foram encontrados 1.566 estudos, na base de dados do LILACS. Com uma nova análise, mais criteriosa, verificou-se que 45 estudos atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa. Na base de dados SCIELO, com esses mesmos cruzamentos, foram encontrados 243 estudos, que após análise, apenas 11 estudos adequavam-se aos critérios estabelecidos. No entanto, seis apresentavam duplicidade, sendo excluídos, restando apenas cinco estudos. Esse estudo compreende um total de 50 artigos analisados, listados no Quadro 1.

Quadro 1: Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo autor (es), base de dados, periódicos e ano de publicação.

CÓDIGO	AUTORES	BASE DADOS	PERIÓDICOS	ANO DE PUBLICAÇÃO
L1	Madi, SRC; Knob,LFL; Marcon, J; Oliva, N ; Madi, J M	Lilacs	Revista da AMRIGS	2010
L2	Santos, AG; Nery, IS; Rodrigues, DC;Melo, AS	Lilacs	Revista RENE	2010
L3	Porto, M; Costa, FP.	Lilacs	Estudos psicologia	2010
L4	Drezett, J; Pedroso, DG; Luiz H; Matias, ML;Macedo J, Abreu, L; Carlos	Lilacs	Reprodução Climatério	2011
L5	Drezett, J; Junqueira, L; Tardelli, R; Antonio, IP;Junior, HM; Vertamatti, MAF; Pimentel, RM; Abreu, LC	Lilacs	Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento humano	2011
L6	Leal, SMC; Lopes, MJM; Gaspar, M FM	Lilacs	Interface comunicação. Saúde educação	2011

L7	Oshikata, CT; Bedone, A J; Papa, M S F; Santos, GB; Pinheiro, CD; Kalies, AH	Lilacs	Cadernos de saúde pública	2011
L8	Costa, AM; Moreira, KAP; Henriques, ACPT; Marques, JF; Fernandes, AFC	Lilacs	Revista RENE	2011
L9	Martins, RC	Lilacs	Revista mal-estar	2011
L10	Guedes, RN; Fonseca, RMGS	Lilacs	Revista Escola Enfermagem da USP;	2011
L11	Santos, ACW; Moré, CLOO	Lilacs	Paidéia	2011
L12	Villela, WV; Vianna, LAC; Lima, LFP; Sala, DC P; Vieira, TF; Vieira, ML; Oliveira, EM	Lilacs	Saúde Sociedade	2011
L13	Santos, MA; Vieira, EM	Lilacs	Interface comunicação saúde educação	2011
L14	Rodrigues, SG; Constâncio, TB; Neves, MGC	Lilacs	Comunicação. Ciência. Saúde	2012
L15	Eloy, CB; Constantino, E P	Lilacs	Rev. psicologia. Política	2012
L16	Souza, FBC; Drezett, J; Meirelles, A C; Ramos, DG	Lilacs	Reprodução Climatério	2012
L17	Monteiro, MFG; Zaluar, A	Lilacs	Reprodução Climatério	2012
L18	Faúndes, A; Osis, MJD; Pádua, KS	Lilacs	Femina	2012
L19	Moraes, MS	Lilacs	Cogitare	2012
L20	Souto, RQ; Leite, CS; Sátiro, IX; Cavalcanti, AL	Lilacs	Cogitare	2012
L21	Lettiere, A; Nakano, AMS; Bittar, DB	Lilacs	Acta paulista. Enfermagem	2012
L22	Drezett, J; Pedroso, D; Meirelles, AC; Gebrim, LH.	Lilacs	Mundo saúde	2012
L23	Moura, MAV; Netto, LSA; Nascimento, MH.	Lilacs	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	2012
L24	Osis, MJD; Duarte, GA; Faúndes, A	Lilacs	Revista saúde pública	2012
L25	Wilhelm, FA; Santos, SA	Lilacs	Psicologia Argumento	2013
L26	Guzzon, JT; Yoshida, EMP	Lilacs	Psicologia argumento	2013
L27	Griebler, CN; Borges, JL	Lilacs	Psicologia	2013
L28	Lacerda, L; Costa, N	Lilacs	Revista Brasileira terapia comportamental cognitiva	2013

L29	Silva, EB; Padoin, SMM; Vianna, LAC	Lilacs	Acta paulista enfermagem	2013
L30	Acosta, DF; Gomes, VLO; Barlem, ELD	Lilacs	Acta paulista enfermagem	2013
L31	Raimondo, ML; Labronici, LM; Larocca, LM	Lilacs	Cogitare enfermagem	2013
L32	Silva, MCM; Brito, AM; Araújo, AL; Abath, MB	Lilacs	Epidemiologia serviço saúde	2013
L33	Facuri, CO; Fernandes, AMS; Oliveira, KD; Andrade, TS; Azevedo, RCS	Lilacs	Cadernos de saúde pública	2013
L34	Hesler, LZ; Costa, MC; Resta, DG; Colomé, ICS	Lilacs	Revista gaúcha enfermagem	2013
L35	Vertamatti, MAF; Abreu, LC; Drezett, J; Valenti, V; Barbosa, CP	Lilacs	Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano	2013
L36	Araujo, LM; Penna, LHG	Lilacs	Revista de enfermagem da UERJ	2014
L37	Menezes, PRM; Lima, I S; Correia, CM; Souza, SS; Erdmann, AL; Gomes, NP	Lilacs	Saúde Sociedade	2014
L38	Porto, M; BucherMaluschke, JSNF	Lilacs	Psicologia teoria pesquisa	2014
L39	Lima, CA	Lilacs	Psicologia teoria pesquisa	2014
L40	Dourado, SM; Noronha, CV	Lilacs	Physis	2014
L41	Silveira, RS; Nardi, HC	Lilacs	Psicologia e sociedade	2014
L42	Oliveira, ÉCS; Araújo, MF	Lilacs	Estudos e psicologia	2014
L43	Diniz, D; Dios, VC; Mastrella, M; Madeiro, AP	Lilacs	Revista de bioética	2014
L44	Santos, TPS; Antunes, TCS; Penna, LHG	Lilacs	Revista pesquisa cuidado fundamentos	2014
L45	Porto, RTS; Júnior, JPB; Lima, EC	Lilacs	Physis	2014
S1	Morais, SCR; Monteiro, CFS; Rocha, SS	SciELO	Texto e contexto enfermagem	2010
S2	Schraiber, LB	SciELO	Revista Saúde Pública	2010
S3	Labronici, LM, Fegadoli D; Correa, MEC	SciELO	Revista da escola Enfermagem USP	2010
S4	Bicalho, PPG	SciELO	Psicologia Clínica.	2012
S5	Procópio, EVP	SciELO	Ciências da saúde coletiva,	2014

Fonte: Dados da pesquisa coletados pela pesquisadora. Porto Alegre, RS, 2015.

Dos estudos publicados, na base de dados LILACS, com total de 45 artigos selecionados, constatou-se que nos anos 2012 e 2013 concentrou-se a maioria dos artigos, com 11 estudos em cada ano (48,9%), seguido dos anos 2011 e 2014 com 10 pesquisas em cada ano (44,4%). Já no ano de 2010 foram elencados três artigos (6,7 %).

Na base de dados SCIELO, com total de cinco estudos, registrou-se o ano de 2010, com três artigos (60%), 2012 e 2014, somente um artigo em cada ano (40%). Nos anos de 2011 e 2013 não foi selecionado nenhum artigo.

Na base de dados do SCIELO, os locais de origem dos artigos foram a Região Sudeste com quatro estudos, realizados na cidade de São Paulo e a Região Sul com um artigo, realizados na cidade de Londrina. Na base de dados LILACS, a Região Sudeste contribuiu com 28 artigos, realizados nas seguintes cidades: seis artigos na cidade do Rio de Janeiro, um artigo na cidade de Campinas, 21 estudos na cidade de São Paulo, capital. A Região Sul registrou seis pesquisas, as quais ocorreram nas cidades de Londrina (um artigo), Caxias do Sul (um artigo), Porto Alegre (três artigos) e Município da Região Noroeste do Rio Grande do Sul (um estudo). A Região Nordeste registrou cinco estudos, realizados nas cidades Campina Grande (um artigo), Fortaleza (um artigo), Recife (um artigo), Salvador (um artigo) e Teresina (um artigo). A Região Centro Oeste publicou três artigos, dados coletados nas cidades de Campo Grande (um artigo) e em Brasília (dos artigos). A Região Norte registrou um artigo e dois estudos realizados de abrangência nacional.

A metodologia utilizada nos artigos elencados foi muito diversificada, sendo que a maioria (25 pesquisas) utilizou o método de pesquisa descritivo qualitativo, 10 estudos optaram pela pesquisa quantitativa, com desenho transversal documental retrospectivo, 10 pesquisas buscaram uma reflexão teórica, em outras opções como estudo de caso, oficinas terapêuticas, pesquisas de campo, estudo fenomenológico e fórum, aparecem um artigo de cada.

Observou-se que a maioria das publicações da base de dados LILACS, 17 estudos ocorreram em revistas de Psicologia, tais como: Estudos de Psicologia, Padéia, Revista Psicologia e Política, Psicologia e Argumentos, Psico, Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva, Psicologia Teoria e Pesquisa, Physis, Psicologia e Sociedade, Revista de Bioética, seguida de 10 publicações em revistas de enfermagem: Revista da Escola de Enfermagem da USP, Interface Comunicação Saúde e Educação, Acta Paulista Enfermagem, Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Cogitare Enfermagem, Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista de Enfermagem da UFRJ, Revista Pesquisa e Cuidados Fundamentais, Revista Mal Estar e Texto e Contexto,

Enfermagem e Saúde Pública e Coletiva (Epidemiologia Serviços de Saúde, Cadernos de Saúde Pública e Revista de Saúde Pública) e oito artigos publicados em periódicos de medicina: Revista da AMRGS, Revista RENE, Reprodução e Climatério, Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, Femina e Mundo Saúde.

Na base de dados do SCIELO, as Revistas de Enfermagem (Revista da Escola de Enfermagem da USP e Texto e Contexto Enfermagem) e Saúde Pública e Coletiva (Ciências da Saúde Coletiva e Revista da Saúde Pública) contribuíram com 2 registros cada e as Revistas de Psicologia (Psicologia Clínica) com 1 estudo.

Em 15 estudos analisados, os autores definiram como objetivo de discussão a forma de atendimento dos profissionais às vítimas de violência sexual (L6, L8, L9, L10, L22, L24, L25, L29, L33, L34, L35, L36, L38, L45, S1). Em 10 estudos, a caracterização do perfil das vítimas de violência sexual (L16, L17, L20, L21, L27, L30, L44, S2, S3, S4); em sete pesquisas, o trabalho da equipe de saúde buscando minimizar as sequelas nas vítimas de violência sexual (L4, L11, L14, L19, L28, L39, L40); em seis estudos, as formas de encaminhamentos jurídicos após o atendimento das vítimas de violência sexual (L2, L3, L5, L15, L41, L46); em outros seis estudos, a discussão de como se dá o acompanhamento de seguimento ambulatorial à vítima de violência sexual (L1, L7, L13, L18, L26, S5); em quatro artigos aparecem a discussão do registro da ocorrência (L12, L23, L31, L32).

Relativo ao cuidado da equipe multidisciplinar para com a mulher, vítima de violência, constatou-se que os estudos (L6, L8, L9, L10, L22, L24, L25, L29, L33, L34, L35, L36, L38, L45, S1) reforçam a atenção humanizada do cuidado, que passa pela revisão dos protocolos de atendimento e pela atualização constante da equipe multidisciplinar.

Os profissionais responsáveis pelo atendimento de emergência devem considerar o perfil das usuárias que não aderem, posteriormente, o tratamento ambulatorial, para implementarem estratégias que elevem o número de comparecimento dessas mulheres para tratamento e assim proporcionar atendimento ótimo e adequado. Embora seja, impossível avaliar o impacto da violência sexual no sofrimento psíquico ou seu desenvolvimento, acredita-se que muitas delas necessitam de acompanhamento psicológico. Quando esse acompanhamento não é oferecido, essas mulheres podem desenvolver sequelas de longa duração (FACURI,2013).

Quanto ao tratamento recomendado para as vítimas de violência sexual, os estudos analisados (L1, L7, L13, L18, L26, S5) abordam os esquemas medicamentosos e condutas

preconizadas, conforme as normativas do Ministério da Saúde (MS). Neles descrevem a Zidovudina (AZT) 300mg + Lamivudina (3TC) 150mg + Lopinavir/Ritonavir e em casos de intolerância ao AZT, o Tenofovir é uma alternativa (BRASIL, 2013).

É de fundamental importância informar, claramente, à mulher sobre os riscos e os efeitos colaterais dos antirretrovirais e da necessidade de completar os 28 dias de tratamento. Somente aquelas que aceitam o tratamento, depois de ter recebido essa orientação, devem ser incluídas na profilaxia anti-HIV (FAÚNDES,2006).

Baseada na dificuldade de manejo com as vítimas de violência, a intervenção dos serviços de saúde assume uma posição de extrema importância, por isso ganha destaque e reconhecimento de garantia de direitos humanos, na vida de mulheres em situação de violência. O estímulo às pesquisas e a inserção do tema nos meios acadêmicos, a reestruturação da rede assistencial, o aumento da capacitação dos profissionais da saúde, a sensibilização dos gestores de segurança pública, a desestigmatização do problema e a mobilização e o empoderamento da sociedade civil, em geral, garantirão melhorias no atendimento e na qualidade de vida dessas mulheres, principalmente, nos grupos menos privilegiados, pois elas contam com menos recursos e ficam mais expostas à violência (OSHITAKA,2011).

O silêncio e a invisibilidade que envolve a questão da violência contra a mulher que, muitas vezes, não é detectada no setor da saúde, se dá pela dificuldade em se falar e tratar do assunto, tanto por parte das mulheres agredidas, quanto por parte dos profissionais, conforme abordam os estudos (L24, L22, L37). A ausência de alusão à violência psicológica nos prontuários médicos e nos laudos mostra que em serviços de atenção primária à saúde, a violência, ainda, é cercada de muito mito (GARCIA, 2008).

Na discussão de como é feito o acompanhamento de seguimento ambulatorial à vítima de violência sexual (L1, L7, L13, L18, L26, S5), observamos essa tentativa de manejo com as terapias que são longas, desgastantes e, por vezes, com efeitos colaterais de difícil convívio.

O trabalho de minimizar as sequelas nas vítimas de violência sexual (L4, L11, L14, L19, L28, L39, L40) e as formas de encaminhamentos jurídicos, após o atendimento (L2, L3, L5, L15, L41, L 46) ganham outra perspectiva quando têm como consequência a gravidez. Nessa perspectiva, a gravidez indesejada surge como uma "segunda" violência, pois, para essa mulher realizar o abortamento, previsto e permitido por lei, ela esbarra em entraves burocráticos, bem como em profissionais despreparados para seu atendimento (BRASIL, 2013).

Dentro desse contexto, o estupro é uma situação limite, é um ato que deve ser entendido como o ponto extremo de negação da autonomia das mulheres sobre seus corpos. Realizar a contracepção de emergência e, eventualmente interromper uma gestação, configura-se como um fragmento do contexto de subordinação, que marcará a vida dessa mulher, contexto no qual está necessariamente implicada (OLIVEIRA, 2007).

Segundo o Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940, no artigo 128, inciso II, do Código Penal Brasileiro, o abortamento é permitido quando a gravidez resulta de estupro ou violência sexual. Direito esse garantido pela Constituição Federal e pela Norma Internacional de Direitos Humanos, pela ECA. O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento, nesse caso, somente o consentimento da mulher é suficiente, assim sendo, as vítimas desse tipo de violência não têm o dever legal de noticiar o fato à polícia (BRASIL 2013).

O termo de consentimento para o abortamento deve ser aplicado, ao se tratar de assistência à mulher, vítima de violência sexual, como diz os artigos analisados (L2, L3, L41, L46). O consentimento legal, previsto no Código Penal Brasileiro, tem que ser por escrito e estar anexado ao prontuário da mulher, quando maior de 18 anos, ela é considerada perfeitamente capaz de consentir o ato. Sempre que necessário, um procedimento mais invasivo, como o abortamento, a presença de um dos responsáveis torna-se obrigatória, com exceção de situações de risco de vida iminente. Em casos, nos quais haja o desejo de continuidade da gravidez pela adolescente e discordância dos pais ou responsáveis, sempre o serviço deve considerar a escolha da adolescente. Já, quando a situação for inversa, o desejo de interrupção for da adolescente e os responsáveis não concordarem e esses não estejam envolvidos na violência sexual, o conflito deve ser mediado, via judicial, através do Conselho Tutelar ou Promotoria de Justiça e da Juventude (BRASIL, 2013).

É importante salientar que a lei ainda trata, no artigo 7, do cap. I, do Código de Ética Médica que o médico deve exercer a profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis a mulher. Sendo assim, é garantido ao médico a objeção de consciência e o direito de recusa em realizar o abortamento, em casos de gravidez resultante de violência sexual. Cabe ressaltar, ainda, que não há direito de objeção de consciência nas seguintes situações: risco de morte para mulher, situação de abortamento juridicamente permitido e na ausência de outro profissional que o faça, quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde, em razão da omissão do profissional e no atendimento de complicações derivadas

do abortamento inseguro, por se tratar de casos de urgência (BRASIL, 2013).

Importante, nessa discussão, sobre o tratamento das vítimas de violência sexual é esclarecer que é dever do Estado e dos gestores de saúde manter, nos hospitais, profissionais que não manifestem objeção de consciência e que realizem o abortamento, previsto em lei, sem que a mulher, em decorrência dessa omissão, possa sofrer danos de ordem moral, física ou psíquica agravada (BRASIL, 2013).

O atendimento às mulheres que sofreram violência sexual, vai além da oferta de condutas e procedimentos, pois implica a cumplicidade do profissional, acolhimento, escuta e no seu empenho pessoal e ideológico com o rompimento da condição de opressão de gênero. Dentro dessa particularidade, verifica-se que não é qualquer profissional que está apto, em termos emocionais, de sensibilização e capacitação técnica e de crenças pessoais, para atender mulheres violentadas sexualmente (OLIVEIRA, 2007).

Para os serviços que prestam atendimento, recomenda-se a divulgação das normas técnicas do Ministério da Saúde e Portarias, treinamento, fortalecimento e integração das equipes e a criação de protocolos de atendimento que incluam as ações preventivas e o acompanhamento médico e psicológico às mulheres. Bom entrosamento entre as unidades de saúde, as delegacias de polícia, o Instituto Médico-Legal, os Conselhos Tutelares e as ONGs são fundamental para melhores desfechos desses casos (FAÚNDES, 2006).

DISCUSSÃO

Ainda hoje, tratamos a violência contra a mulher como um assunto restrito e cheio de conflitos, no qual o senso comum e os comentários vêm acompanhados de um preconceito, carregado de valores de gênero, que perpetuamos durante séculos, geração após geração. Romper essa linha de pensamento requer uma força da sociedade, em conjunto com a academia, na formação de novos profissionais.

Da análise dos estudos selecionados constatou-se que houve uma maior produção de estudos nos anos de 2012 e 2013. Acredita-se que esses registros se justifiquem por ser o Brasil o signatário dos Objetivos do Milênio, assinado junto à ONU (Organização das Nações Unidas), que entre os seus objetivos, até 2015, estavam o de acabar com a fome e a miséria, uma educação básica de qualidade para todos, igualdade entre os sexos, e a valorização da mulher, a redução da mortalidade infantil, melhorar a saúde da gestante, combater a Aids, a malária e outras doenças, melhorar a

qualidade de vida e o respeito ao meio ambiente, enfim, todos trabalhando para o desenvolvimento (ONU, 2000).

Outra justificativa possível para essa produção de estudos, neste recorte temporal, pode ser o lançamento da política da Rede Cegonha, que busca a integralidade do cuidado com a mulher em todo o processo gravídico puerperal, vida reprodutiva (planejamento familiar) e assistência à criança, até dois anos, garantindo acesso aos serviços de saúde, à humanização e segurança do cuidado (BRASIL, 2011).

Aliado a essa preocupação com a mulher, o Ministério da Saúde, em 2011, lançou a normatização do aborto legal, no Brasil. Como parte de ações educativas, a norma de "Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes", garante a mulher a não apresentação do Boletim de Ocorrência (BO) policial, pelas vítimas de estupro, para a realização de abortamento legal (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva, a violência de gênero surge de estudos e pesquisas do movimento feminista, que introduzem o tema na discussão e o conceito de patriarcado em contraposição à abordagem funcionalista, que mesmo enxergando discriminações, destaca seus papéis domésticos e públicos no mesmo nível para um potencial explicativo. Baseando-se nesse conceito, pode-se então, entrar em outros conceitos mais específicos e que fazem conexão com esse tema, como o gênero, que envolve o aspecto relacional, no qual as representações sociais, como ser homem e ser mulher, a dimensão normativa que estabelece os significados dos símbolos e a identidade subjetiva (RAMÃO, 2005).

Os estudos analisados reforçam que somente com essa compreensão e a inclusão da perspectiva de gênero, tanto nas políticas de saúde quanto nas práticas concretas do processo de trabalho, poderemos possibilitar a diminuição das iniquidades entre homens e mulheres e a promoção da emancipação da mulher (GUEDES, 2011).

A violência de gênero compreende o conceito de patriarcado, no qual um conjunto de relações sociais hierárquicas, entre os homens, constituem um sistema que lhes permite controlar as mulheres. Podemos então, definir patriarcado como o sistema masculino de opressão das mulheres (RAMÃO, 2005).

Debater o fenômeno da violência de gênero nos leva a considerar a produção e tentar entender seu caráter relacional e social, produzido nas densas relações de poder da sociedade, nas quais a ideologia do poder mantém o seu controle sobre as questões de igualdade entre mulher e

homem (POUGY, 2010).

Desse modo, conceitua-se violência contra a mulher como qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que resulte em morte, dano, sofrimento físico, sexual ou psicológico, tendo como ambiente, o público ou o privado (RAMÃO, 2005).

Associada com as questões de gênero, a violência sexual não decorre do desejo sexual ou amoroso, mas sim de uma demonstração extrema de poder do homem sobre as mulheres, tornando-as objeto do seu poder e de sua autonomia como sujeito (OLIVEIRA, 2007).

Violência sexual contra mulher é um ato hostil, agressivo, utilizado pelos agressores como meio de degradar, humilhar, aterrorizar e dominar, assumindo uma característica multifacetada, na qual a vítima, o agressor e o cenário, onde ocorre a violência, é de difícil diagnóstico e, com base nisso, é preciso buscar medidas preventivas. A Organização Mundial de Saúde (OMS), define a violência sexual como ato sexual ou tentativa de obtê-lo sem o consentimento da mulher, utilizando-se de atos coercivos e intimatórios, como força física, a grave ameaça, usa de armas e a pressão psicológica (OSHIKATA, 2011).

Fica difícil estimar a magnitude da violência sexual, principalmente porque as vítimas tendem a silenciar sobre o assunto, por diversos motivos, entre eles o medo de represálias (VILLELA, 2007).

A violência sexual contra a mulher se constitui hoje como um problema grave de segurança pública e tal violência acomete mulheres de todas as classes socioeconômicas e em idades distintas (AQUINO, 2009).

Como grande parte dos crimes de violência sexual ocorrem na fase reprodutiva da mulher, três situações são relevantes quando se pensa no tratamento, é o risco de gravidez, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e o HIV. Considerando o período do ciclo menstrual, o risco de gravidez varia entre 0,5 e 5%, em função disso, a anticoncepção de emergência tornou-se um aliado eficaz, ficando os gestores de saúde responsáveis de garantir a disponibilidade e o acesso adequado ao método (BRASIL, 2013).

Já a prevalência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), em situações de violência sexual é elevada e o risco altíssimo, principalmente pela forma de contágio, que pode ocorrer por diversas formas (vaginal, anal e oral), número de agressores, suscetibilidade da mulher, história anterior de outras DST'S (BRASIL, 2013).

As taxas de infecção, por violência sexual, são de 16 a 58%, por pelo menos uma DST,

sendo que em grávidas que sofreram abuso sexual esse percentual ainda é maior. Essas infecções genitais como: gonorreia, clamídia, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidas com uso de medicamentos, para que com isso a saúde reprodutiva dessas mulheres seja preservada. Já as DST'S virais, por herpes e o papiloma vírus humano (HPV), não possuem profilaxia, em casos de situação de violência (BRASIL, 2013).

Acreditando que a normatização dos serviços de saúde se fazia necessária foi instituída uma Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual, criada e baseada nos níveis de complexidade e especialidade da atenção e tratamento (BRASIL, 2009).

Frente às situações de violência sexual, preconiza-se que todas as vítimas devem receber dose única de imunoglobulina humana, anti-hepatite b, na dose de 0,06ml/kg, IM em local diferente da vacina, sendo recomendado nas primeiras 48 horas, após a violência. As gestantes, em qualquer período de gestação, não estão contraindicadas a receber a imunização. Já o risco para transmissão do HIV gira em torno de 0,8 e 2,7%, superior ao observado em outras formas de exposição, devido à ocorrência de traumas genitais com lacerações (BRASIL, 2013).

A implementação de protocolo de atendimento às vítimas de violência pode configurar-se como um avanço na discussão da humanização, do acolhimento e na formação de vínculo com essa mulher. O uso do protocolo pode ser a garantia do retorno da mulher para o posterior acompanhamento ambulatorial (HIGA, 2008).

Recomenda-se que os profissionais, ao atenderem a mulher, vítima de violência, tenham o cuidado de realizar uma consulta completa, com exame ginecológico, descrição minuciosa de conteúdo vaginal, lesões, entre outras. Solicitar Beta-HCG plasmático, sorologias, hepatites B e C, sífilis, HIV, herpes e realizar o tratamento adequado. Para a profilaxia de gravidez, preconiza-se o uso de "pílula do dia seguinte" e no caso de profilaxia para o HIV, pode-se prescrever Biovir® (Zidovudina + Lamivudina): 1 comprimido, via oral, de 12/12 horas, por 4 semanas; Crixivan® (Indinavir): 2cp (800mg), via oral, de 8/8horas, por 4 semanas ou ainda Ritonavir (Katetra®) ou Nelfinavir, na mesma dosagem. Importante oferecer atendimento e seguimento psicológico e, no caso, de a violência resultar em gravidez, a paciente tem direito a interrupção legal. Já a alta ambulatorial deve basear-se nos aspectos físicos e emocionais (EINSTEN, 2012).

O poder pericial é exigido das equipes, não por ausência da necessidade de apresentação de documentos policiais e autorização judicial, mesmo quando a mulher apresenta tais documentos, ela

ainda é interpelada para a produção de verdade à discussão em torno da decisão sobre o direito ao aborto. O aborto legal envolve moral, religiosidade e costumes. Essas equipes se sentem no direito de policiar, não só os corpos das mulheres, mas também seus próprios regimes de funcionamento e suas práticas de assistência (DINIZ, 2014).

O aborto legal é uma prática exclusivamente médica, no Brasil, mas integram à equipe outros profissionais de saúde, que acolhem, atendem as mulheres, cujas gestações se enquadram nos três casos previstos em lei: risco de morte, violência sexual e anencefalia. Essa equipe multidisciplinar, de acordo com a terceira edição, da norma técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, deve ser integrada por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, assistentes sociais e psicólogos. Todos os demais casos são passíveis de punição, com penas que variam de 1 a 10 anos de prisão, para a mulher e para a pessoa que realizar o aborto, a qual pode ter a pena dobrada, caso ocorra a morte da gestante. Apesar dessas restrições legais, a estimativa de abortos ilegais, no Brasil, em 2005, estava em torno de 1.054.242,9 (DINIZ, 2014). Por isso, a assistência à mulher, vítima de violência sexual, exige a revisão de condutas e tratamentos e, de acordo com cada caso, recomenda-se que sejam consideradas as questões de gênero, etnia, idade, entre outros. O silêncio frente à violência sexual ocorre, pois em muitos casos, os autores são os maridos, filhos, pais, parceiros ou, pelo medo de sofrer julgamentos, por parte dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado clínico, psicológico e ginecológico da mulher (VILLELA, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dessa revisão integrativa da literatura foi possível evidenciar e descrever as diferentes nuances da violência sexual e de gênero relacionadas à mulher, assim como, o cuidado recomendado frente aos eventos apresentados.

Nesse cenário, os danos físicos e psicológicos, que a violência contra a mulher provoca, pode ser um dos eventos de maior relevância bioética, por ocasionar uma necessidade de ações infinitas de prevenção e tratamento (GARCIA, 2008).

Foi possível constatar a fragilidade profissional da equipe multidisciplinar quanto às competências, atitudes e responsabilidade na assistência à mulher, vítima de violência sexual.

Acredita-se que o tratamento à vítima de violência sexual passa pelo esclarecimento do papel do Estado e dos gestores de saúde, principalmente, na questão que tange o abortamento,

previsto em lei, sem que com isso a mulher precise constranger-se para que um direito seu, seja cumprido. Frente às diferentes nuances que compõe a violência contra a mulher, a falta de reconhecimento do evento pode caracterizar, por vezes, um fenômeno invisível ou velado, mas aceito socialmente (LETTIERE, 2007).

Dentro desse universo, percebe-se que apesar da existência de ações governamentais, como a Lei Maria da Penha, os indicadores de violência sexual contra a mulher continuam aumentando, o que caracteriza uma epidemia de saúde pública.

Sugere-se que a implementação de protocolos assistenciais e ações de educação continuada junto aos profissionais da equipe multidisciplinar, com enfoque na assistência à mulher, vítima de violência sexual, essas ações poderão constituir-se em estratégias resolutivas voltadas para o cuidado. O cuidado centrado nos direitos, no acolhimento, na humanização e na integralidade da assistência deve ser a máxima dos serviços de saúde à mulher. Sugere-se repensar a efetiva implantação da Rede Cegonha como política de atenção à integralidade do cuidado à mulher, em todo o processo gravídico puerperal, vida reprodutiva (planejamento familiar) e assistência à criança, até dois anos, garantindo acesso aos serviços de saúde, à humanização e a segurança do cuidado. Essa política pode ser alcançada juntamente com a diminuição da desigualdade social e, principalmente, da desigualdade de gênero, meta da ONU e do Brasil, como signatário no Pacto de Enfrentamento à Violência Contra à Mulher.

Repensar o papel da equipe multiprofissional no atendimento a essa mulher vitimizada, que necessita de cuidados especiais. Esse é o principal objetivo para refletirmos acerca das condutas tomadas e mudarmos as práticas exercidas. É preciso compreender e implementar o conceito de rede de assistência, no qual o Estado e os gestores de saúde pensem uma política voltada ao problema que, hoje, a Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca como uma "epidemia de saúde pública" e que poderá constituir-se como uma alternativa para a solução desse problema.

REFERÊNCIAS

Aquino, N. M. R, Sun, S.Y, Oliveira, E. M, Martins, M. G, Silva, J. F, Mattar R. **VIOLÊNCIA SEXUAL E ASSOCIAÇÃO COM A PERCEPÇÃO INDIVIDUAL DE SAÚDE ENTRE MULHERES GESTANTES**. Disponível em: Revista de Saúde Pública, SP, 2009, vol.43, nº6. Acesso em 15/05/2015;

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTAMENTO: NORMA TÉCNICA / Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Acesso em agosto/2015;**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES: NORMA TÉCNICA / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. ampl., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Acesso em agosto/2015;**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **NORMA ATENÇÃO INTEGRAL PARA MULHERES E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL MATRIZ PEDAGÓGICA PARA FORMAÇÃO DE REDES**. 1ª edição 1ª reimpressão Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF 2009. Acesso em 23/12/2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA: INSTRUTIVO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011^a. Acesso em agosto/2015;**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. **PACTO NACIONAL PELO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES**. Brasília, 2011.b Acesso em agosto/2015;

Diniz, D; Dios, V. C; Mastrella, M; Madeiro, A. P. **A VERDADE DO ESTUPRO NOS SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL NO BRASIL**. Disponível em: Revista Bioética. 2014, vol.22, n.2, pp. 291-298. Acesso em 30/12/2015;

Duarte,G.A; Osis,M.J.D; Faundes, A; Sousa, M.H. **ABORTO E LEGISLAÇÃO: OPINIÃO DE MAGISTRADOS E PROMOTORES DE JUSTIÇA BRASILEIROS**. Disponível em: Revista. Saúde Pública. 2010, vol.44, n.3, pp. 406-420. Acesso em 30/12/2015.

Facuri, C. O., Fernandes, A. M. S; Oliveira, K.D; Andrade, T. S; Azevedo, R. C. S. **VIOLÊNCIA SEXUAL: ESTUDO DESCRITIVO SOBRE AS VÍTIMAS E O ATENDIMENTO EM UM**

SERVIÇO UNIVERSITÁRIO DE REFERÊNCIA NO ESTADO DE SÃO PAULO. Disponível em: Cadernos de Saúde pública. Maio. 2013. Acesso em 25/10/2015.

Faúndes A, Rosas C. F, Bedone, A. J, Orozco L. T. **VIOLÊNCIA SEXUAL: PROCEDIMENTOS INDICADOS E SEUS RESULTADOS NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA DE MULHERES VÍTIMAS DE ESTUPRO.** Disponível em: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2006; 28(2): 126-35; Acesso em 15/05/2015.

Garcia, M. V., Ribeiro, L. A., Jorge, M. T., Pereira, G. R. & Resende, A. P. **CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER ATENDIDOS EM TRES SERVIÇOS NA CIDADE DE UBERLÂNDIA, MINAS GERIS, BRASIL.** Disponível em: Cadernos de Saúde Pública. RJ, Nov, 2008; 24(11): 2551-2563; Acesso em 15/05/2015;

Guedes, R. N., Fonseca, R. M. G. S. **A AUTONOMIA COMO NECESSIDADE ESTRURANTE PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLENCIA DE GENERO.** Disponível em: Revista Escola de Enfermagem da USP. 2011; 45(Esp.2): 1731-5; Acesso em 15/05/2015;

Higa, R; Mondaca, A. D. C. A; Reis, M. J; Lopes, M. H. B. M. **ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL: PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.** Disponível em: Revista da escola de enfermagem USP [online]. 2008, vol.42, n.2, pp. 377-382. Acesso em 30/12/2015

Lettiere, A. Nakano, A. M. S. & Rodrigues, D. T. **VIOLENCIA CONTRA A MULHER: A VISIBILIDADE DO PROBLEMA PARA UM GRUPO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.** Disponível em: Revista Escola de Enfermagem USP, SP. Acesso em 15/05/2015;

Mattar, R., Abrahão, A.R., Neto, J. A., Colas, O. R., Schroeder, I., Machado, S. J. R., Mancini, S., Vieira, B. A. & Bertolani G. B. M. **ASSISTENCIA MULTIPROFISSIONAL A VITIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL: A EXPERIÊNCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO.** Disponível em: Cadernos de Saúde Pública. RJ, Fev, 2007; 23(2): 459-464; Acesso em 15/05/2015;

Mendes, K. D. S, Silveira R. C. C. P., Galvão C. M. **REVISÃO INTEGRATIVA: MÉTODO DE PESQUISA PARA A INCORPORAÇÃO DE EVIDENCIAS NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM.** Disponível em: Contexto Enfermagem. Florianópolis, 2008, out-dez; 17(4): 758-64; Acesso em 15/05/2015;

Moreira, V. Boris, G. D. J. & Venâncio, N. **O ESTIGMA DA VIOLENCIA SOFRIDA POR MULHERES NA RELAÇÃO COM SEUS PARCEIROS INTIMOS.** Disponível em: Psicologia & Sociedade. 2011; 23(2), 398-406; Acesso em 15/05/2015;

Oliveira, E. M. **VIOLÊNCIA SEXUAL E SAÚDE. INTRODUÇÃO.** Disponível em: Cadernos de Saúde Pública. RJ; Fev, 2007; 23(2)455-458; Acesso em 15/05/2015;

Oshikata, C. T., Bedone, A. J., Papa, M. S. F., Santos, G. B., Pinheiro, C. D. & Kalies, A. H. **CARACTERISTICAS DAS MULHERES VIOLENTADAS SEXUALMENTE E DA ADESÃO AO SEGUIMENTO AMBULATORIAL: TENDENCIAS OBSERVADAS AO**

LONGO DOS ANOS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM CAMPINAS, SÃO PAULO, BRASIL. Disponível em: Cadernos de Saúde Pública. RJ, abril, 2011; 27(4): 701-713; Acesso em 15/05/2015;

Pougy, L. G. **DESAFIOS POLITICOS EM TEMPOS DE LEI MARIA DA PENHA.** Disponível em: Revista Katál. Florianópolis, 2010, v.13, n.1, jan – jun: 76 – 85. Acesso em 15/05/2015;

Ramão, S. R., Meneghel, S. N., Oliveira, C. **NOS CAMINHOS DE IANSÃ: CARTOGRAFANDO A SUBJETIVIDADE DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA DE GENERO.** Disponível em: Psicologia & Sociedade; maio/agosto, 2005; 17(2): 79-87; Acesso em 15/05/2015;

Villela, W., Lago, T. **CONQUISTAS E DASAFIOS NO ATENDIMENTO DAS MULHERES QUE SOFRERAM VIOLENCIA SEXUAL.** Disponível em: Cadernos de Saúde Pública. RJ, fev. 2007; 23(2): 471-475; Acesso em 15/05/2015;

<http://www.odmbrasil.gov.br/sitemap>: acesso em 27/12/2015 às 17h23.

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php: acesso em 23/12/2015.