

Diretrizes para o atendimento em violência sexual: o papel da formação médica

Número 4 – Abril 2021

A Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) referenda este documento. A produção do conteúdo baseia-se em evidências científicas sobre a temática proposta e os resultados apresentados contribuem para a prática clínica.

PONTOS-CHAVE

- Apesar da elevada frequência e da morbimortalidade associada à violência contra a mulher, esse problema é muitas vezes negligenciado tanto na prática médica como na prática tocoginecológica.
- A violência contra as mulheres é altamente prevalente. No âmbito global, uma em cada três mulheres no mundo já sofreu violência física ou sexual por parte do parceiro íntimo ou de qualquer outro agressor ao longo da vida. É uma violência oculta que precisa ser identificada de maneira a permitir o acolhimento e a assistência adequada às vítimas.
- No Brasil, um estupro ocorre a cada oito minutos. A maioria das vítimas de violência sexual tem como consequência não apenas agravos emergenciais à saúde, mas também repercussões negativas e duradouras sobre a saúde em geral e especialmente sobre sua saúde sexual e reprodutiva. Essas repercussões também são observadas em mulheres que sofrem violência de outras naturezas, como a física e psicológica.
- O acolhimento e o atendimento de qualidade e humanizados têm impacto positivo na redução dos agravos à saúde decorrentes de violência sexual, bem como na garantia dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos.
- É dever profissional estar ao lado das pessoas em situação de violência sexual, para a garantia dos direitos básicos à sua saúde e à sua dignidade. Esses direitos podem incluir a interrupção da gravidez decorrente de estupro.
- A formação do profissional de saúde, em geral, não inclui a discussão dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos em suas estruturas curriculares. Na graduação em Medicina, temas como violência de gênero, atenção aos agravos à saúde decorrentes de violência sexual e aborto previsto em lei não são enfocados, ou, quando o são, ocorrem de forma superficial.
- Os cursos de Medicina e os programas de pós-graduação *lato sensu* (residência médica) e *stricto sensu* não contemplam em seus eixos de competências a atenção à saúde em situação de violência sexual e a interrupção da gestação prevista em lei.
- Por dificuldade ou desconhecimento profissional, não raro a objeção de consciência é invocada no manejo de casos de vítimas de violência sexual. A alegação de objeção de consciência pode criar barreiras ao atendimento, o que contribui para o aumento dos riscos e vulnerabilidade de meninas e mulheres em situação de violência sexual no Brasil.

RECOMENDAÇÕES

- Para garantir adequada atenção a meninas e mulheres em situação de violência sexual, faz-se mister que questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva sejam incluídas nos currículos dos cursos de graduação em Medicina e outras áreas da saúde, assim como nas pós-graduações e Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, e nas atividades de educação continuada.

- Os cursos de Medicina e Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia devem oferecer oportunidades de aprendizagem teórica e prática aos estudantes, para que eles possam desenvolver competências profissionais relacionadas à atenção integral a pessoas em situação de violência sexual e aborto previsto em lei.
- **São competências essenciais do médico**, devendo ser desenvolvidas durante o curso de graduação em Medicina: assistência a meninas e mulheres em situação de violência sexual, com conhecimento sobre os aspectos éticos e legais relacionados à violência sexual e ao aborto previsto em lei (crimes contra a dignidade sexual, sigilo profissional e confidencialidade, limites da objeção de consciência).
- Reconhecimento dos sinais de violência contra a mulher e adoção de medidas preventivas e de tratamento adequados.
- Acolhimento, aconselhamento e prescrição de profilaxia contra infecções sexualmente transmissíveis, aconselhamento e prescrição de contracepção hormonal de emergência a meninas e mulheres em situação de violência sexual.
- Encaminhamento adequado à rede de saúde, assistência social e segurança pública de meninas e mulheres em situação de violência sexual e aborto previsto em lei, quando pertinente.
- **São competências essenciais do ginecologista e obstetra**, devendo ser desenvolvidas ao longo dos três anos de especialização: acolhimento, aconselhamento, registro adequado da história e exame físico em prontuário, prescrição de profilaxia contra infecções sexualmente transmissíveis, aconselhamento e prescrição de contracepção hormonal e não hormonal (dispositivo intrauterino) de emergência a meninas e mulheres em situação de violência sexual e coleta de vestígios forenses da violência sexual, quando pertinente.
- Aconselhamento sobre riscos, benefícios, complicações e indicações do aborto medicamentoso e do aborto cirúrgico nas diversas fases da gravidez.
- Manejo interprofissional das complicações relacionadas ao aborto previsto em lei (hemorragia, infecção, sepse, choque).
- Aconselhamento e obtenção de consentimento para indução de óbito fetal e aborto acima de 22 semanas de gravidez nos casos previstos em lei.

CONTEXTO CLÍNICO

Direitos sexuais e reprodutivos

Os direitos humanos das mulheres incluem seus direitos a terem controle e decidirem livre e responsavelmente sobre questões relacionadas à sexualidade e à saúde sexual e reprodutiva, livres de coerção, discriminação e violência.⁽¹⁾ Esses direitos passaram a ser incluídos como pauta prioritária a partir do final do século XX, em diversas conferências internacionais. A 2ª Conferência Mundial de Direitos Humanos, ocorrida em Viena em 1993, fez história ao afirmar que os direitos das mulheres e das meninas são inalienáveis e constituem parte integral e indivisível dos direitos humanos universais. Durante a Conferência, os abusos ocorridos na esfera privada – estupros e violências domésticas – foram definidos como crimes contra a dignidade da pessoa humana. O documento final também conclamou aos Estados que ratificassem a Convenção sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1979, que visava reduzir e erradicar violações no campo da sexualidade e reprodução.⁽²⁾

No ano seguinte à Conferência de Viena, ocorreu no Cairo a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), marco histórico para os direitos

sexuais e reprodutivos. Naquele momento, o até então hegemônico discurso de limitação do crescimento populacional como meio de redução da pobreza e desigualdades sociais passou a ser substituído por outro paradigma: o dos direitos sexuais e reprodutivos. Em oposição às políticas controlistas, a Plataforma do Cairo reconheceu “o direito básico de todos os casais e indivíduos de decidir livre e responsavelmente sobre o número de filhos, o espaçamento dos nascimentos e o intervalo entre esses e a dispor de informações e meios para isso”, incluindo “o direito de tomar decisões relativas à reprodução sem sofrer discriminação, coação ou violência”.⁽³⁾

Em 1995, na IV Conferência sobre a Mulher, realizada em Pequim, avançou-se no entendimento que a autonomia, a igualdade e a segurança sexual e reprodutiva são imprescindíveis na garantia dos direitos humanos de meninas e mulheres, que precisam “ter controle sobre aspectos relativos à sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente a respeito dessas questões, sem estar sujeita à coerção, discriminação ou violência”. O documento da Conferência recomenda, ainda, que os países revisem as legislações que impõem punições às mulheres que praticam abortos ilegais, de maneira a enfatizar o grave problema de saúde pública associado aos abortos clandestinos.⁽⁴⁾

O Estado brasileiro participou ativamente da construção desses e outros documentos e tratados internacionais que versam sobre a garantia dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos de meninas e mulheres. O Brasil, como signatário desses documentos, deve ensinar esforços para que as deliberações definidas nesses encontros influenciem seu ordenamento jurídico interno. Diversas recomendações presentes nesses documentos encontram-se materializadas na Constituição Federal de 1988 e em outras leis infraconstitucionais.⁽⁵⁾

Violência contra a mulher

A ONU define violência de gênero como “qualquer ato de violência baseada no gênero que resulte ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico a uma mulher, incluindo ameaça de tais atos, coerção, privação arbitrária da liberdade, seja no âmbito público ou privado”.⁽⁶⁾ A violência contra a mulher, grave violação dos direitos humanos, constitui importante problema de saúde pública, por ser um determinante de adoecimentos e mortes com elevada prevalência em todo o mundo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS),⁽⁷⁾ 35,6% das mulheres sofrem violência física ou sexual ao longo da vida, com variação de 32,7% entre o conjunto de países desenvolvidos a 45,6% no continente africano. A probabilidade de agressão física ou sexual por parceiro íntimo é de 30,0%, mais de quatro vezes superior à probabilidade de agressão física ou sexual por agressor desconhecido, que é de aproximadamente 7%.⁽⁷⁾

No Brasil, no ano de 2019, 3.730 mulheres foram assassinadas (uma a cada duas horas).⁽⁸⁾ No período de 2008 a 2018, observa-se aumento de 4,3% da taxa de homicídios entre mulheres, em decorrência do aumento da vitimização de mulheres negras: enquanto a taxa de homicídios de mulheres não negras caiu 11,7%, a taxa entre as mulheres negras aumentou 12,4%.⁽⁹⁾

Em relação à violência sexual, o Brasil apresenta uma das mais altas prevalências de estupro do mundo, com a ocorrência de um caso a cada oito minutos, de acordo com os dados de registros policiais. Estima-se que a subnotificação seja próxima de 90% dos casos,⁽¹⁰⁾ o que significa que esses números podem ser até dez vezes maiores.^(9,10)

A violência contra a mulher associa-se a danos físicos e mentais, com manifestações de curto e longo prazo. Estudos que avaliaram a chance de adoecimento entre mulheres vítimas de violência demonstram aumento de 1,52 vez de infecção por HIV, de 2,16 vezes de aborto induzido, de 1,56 vez de ocorrência de sintomas depressivos e de 4,54 vezes de suicídio.⁽⁷⁾ Mulheres que possuem parceiro íntimo apresentam probabilidade três vezes maior de sofrer lesão física do que aquelas que não possuem.⁽⁷⁾

Apesar de números tão alarmantes, os profissionais do sistema de saúde não se encontram preparados para identificar e acolher meninas e mulheres em

situação de violência. Serviços de saúde, sejam emergências, unidades de atenção primária ou ambulatórios especializados, recebem um grande número de mulheres que se encontram em situação de violência ou que já passaram por experiência de violência de gênero no decorrer de suas vidas.^(11,12) Uma revisão sistemática realizada com estudos em diversos cenários de atenção à saúde identificou que 40% a 70% das mulheres atendidas relataram vivências violentas no decorrer da vida.⁽¹¹⁾ Da mesma forma, Schraiber *et al.*,⁽¹²⁾ em estudo realizado em unidades de atenção primária da Grande São Paulo, observaram que 70% das mulheres já haviam sofrido um ou mais episódios de violência.

Nesse sentido, profissionais de saúde encontram-se em posição estratégica para a detecção de situações de violência contra a mulher.^(13,14) Entretanto, apesar de sua alta frequência e das sérias implicações sobre a saúde da mulher, os profissionais do sistema de saúde não estão sensíveis à questão da violência sexual. No estudo realizado por Schraiber *et al.*,⁽¹²⁾ apenas 7% dos prontuários apontavam as violências vivenciadas. Tal fato possivelmente se relaciona à ausência de instrumentalização teórica e prática durante a formação dos profissionais.

A exclusão sistemática de tópicos referentes à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres tem sido observada na formação médica brasileira ao longo dos anos.^(15,16) Tanto médicos generalistas como ginecologistas e obstetras, notadamente, precisam estar mais bem informados sobre esse tema. Enquanto não souberem identificar os sintomas e sinais que fazem suspeitar que uma mulher sofre esse tipo de violência, os profissionais não poderão identificar o problema e prestar o cuidado e acolhimento necessários.

A falta de contato com o cuidado a meninas e mulheres que necessitam do aborto previsto em lei durante a formação profissional também pode levar à escassez do número já limitado de serviços brasileiros,⁽¹⁷⁾ uma vez que o desconhecimento contribui para as alegações de objeção de consciência entre os médicos.

A inclusão teórica e prática da violência sexual contra mulheres certamente poderá contribuir para a redução das consequências dessa violência na saúde física e mental e na qualidade de vida das meninas e mulheres brasileiras.

Interrupção gestacional prevista em lei

No Brasil, é permitida a realização do aborto nos casos de risco de morte para a mulher, quando a gravidez é decorrente de estupro⁽¹⁸⁾ e em casos de anencefalia fetal.⁽¹⁹⁾ Apesar de o acesso à interrupção da gestação ser um direito das mulheres, na prática, quando elas procuram os serviços de saúde para realizar a interrupção, o acesso nem sempre é fácil. Madeiro e Diniz⁽¹⁷⁾ observaram que, dos 68 serviços existentes no Brasil entre 2013 e 2015, somente 37 realizavam a interrupção da gestação decorrente de um estupro e estavam

concentrados nas regiões Sudeste e Nordeste do país. A maioria desses serviços (80%) havia sido implementada até o ano de 2005. Após esse período, poucos serviços foram implementados e alguns deixaram de funcionar. Em sete estados não havia nenhum serviço ativo no momento do estudo.⁽¹⁷⁾

Soma-se à dificuldade de acesso a falta de médicos preparados para realizar a interrupção da gravidez, principalmente nos casos decorrentes de estupro. Isso acontece tanto pela não familiaridade dos protocolos e técnicas desse procedimento quanto pelo desconhecimento das questões éticas e legais associadas. Estudo realizado com 1.174 estudantes de Medicina⁽²⁰⁾ verificou que 50,8% deles referiram ter objeção de consciência para realizar a interrupção da gravidez decorrente de estupro, sendo essa proporção bem menor para os casos de anencefalia fetal (31,6%) e de risco de morte materna (13,2%). Entre os estudantes que se recusam a realizar a interrupção da gravidez, a maioria (72,5%) não faria o encaminhamento dessas mulheres para outro profissional e também não explicaria as opções de tratamento.⁽²⁰⁾

Pesquisa realizada com 404 residentes de ginecologia e obstetrícia de 21 hospitais de ensino observou que o conhecimento que eles possuíam sobre o aborto medicamentoso era reduzido. No entanto, estar em anos mais avançados da residência e ter participado do atendimento a uma mulher com diagnóstico de aborto induzido ou provavelmente induzido estava associado a um maior conhecimento desses profissionais sobre o tema.⁽²¹⁾

No ano de 2013, Cacique *et al.*⁽²²⁾ sistematizaram todas as publicações científicas que continham a temática do aborto, realizadas no Brasil entre 2001 e 2011. Nos estudos analisados, foi observado que, apesar de a maioria dos ginecologistas e obstetras conhecer os permissivos legais para a interrupção da gestação, era escasso o conhecimento sobre as documentações necessárias, sobre a quebra de sigilo associada à denúncia da mulher que praticou o aborto ilegal, assim como a dos registros da suspeita de aborto ilegal no prontuário. Além disso, parcela significativa dos especialistas nunca tinha sido treinada para indução de aborto.⁽²²⁾

QUAL É A IMPORTÂNCIA DE SE INCLUIREM OPORTUNIDADES DE APRENDIZAGEM E SERVIÇOS DE ATENDIMENTO A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA E DE INTERRUÇÃO LEGAL DA GRAVIDEZ NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL?

O Brasil é signatário de diversos documentos internacionais que visam garantir o direito e a saúde sexual e reprodutiva de meninas e mulheres. Para tanto, é imprescindível que sejam ofertadas ações em saúde

voltadas para questões associadas a esse campo da saúde da mulher, englobando atividades de promoção, prevenção e assistência.

A assistência integral e humanizada à saúde sexual e reprodutiva da mulher só será concretizada no cotidiano dos serviços, públicos e privados, ambulatoriais e hospitalares, se houver investimento maciço na formação de profissionais de saúde para que eles dominem os protocolos assistenciais e os aspectos éticos e legais necessários para a garantia dos direitos constitucionalmente assegurados. Ressalta-se a imprescindibilidade da discussão de temáticas relativas à saúde sexual e reprodutiva em cursos de graduação, pós-graduação e educação continuada, com destaque para questões biomédicas, bioéticas e legais associadas à violência contra a mulher, incluindo as vítimas de violência sexual, e para o acolhimento e condução adequada dos casos de interrupção gestacional prevista em lei, assim como da atenção à mulher que pratica aborto ilegal. Da mesma forma que é dever do Estado oferecer serviços de saúde para atendimento de mulheres vítimas de violência e de mulheres com direito à interrupção da gestação decorrente de estupro, risco de morte materna e anencefalia, é dever das instituições de ensino prepararem seus estudantes de acordo com o que determina a legislação brasileira e o que estabelece as normativas e protocolos nacionais e internacionais.

Diante do exposto, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) recomenda aos professores de ginecologia e obstetrícia dos cursos de Medicina do Brasil, aos coordenadores dos Programas de Residência Médica e Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia, e às Comissões e Diretorias Científicas das Sociedades associadas que cumpram com a obrigação ética e constitucional de oferecer oportunidades de aprendizagem e serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência e de interrupção legal da gravidez nos hospitais universitários correspondentes, evitando complicações associadas a esses agravos, com destaque a busca pelo aborto inseguro. Tal medida tem papel fundamental na formação de recursos humanos na saúde e busca garantir a multiplicação de boas práticas de assistência às demandas de saúde sexual e reprodutiva pelos profissionais médicos dos diversos serviços públicos e privados do país.

QUAIS SÃO AS COMPETÊNCIAS RELACIONADAS AO ATENDIMENTO DE MENINAS E MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL QUE DEVEM SER DESENVOLVIDAS PELOS ESTUDANTES DOS CURSOS DE MEDICINA?

De maneira a assegurar consistência e coerência dos currículos dos cursos de Medicina às necessidades de saúde sexual e reprodutiva de meninas e mulheres em situação de violência sexual no Brasil, a

Comissão Nacional Especializada (CNE) de Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei da Febrasgo recomenda especial atenção dos educadores e gestores às competências requeridas do médico generalista.

COMPETÊNCIAS DO EGRESSO DO CURSO DE MEDICINA

Os cursos de Medicina devem oferecer oportunidades de aprendizagem teórica e prática aos estudantes, de maneira a torná-los capazes de:

- Demonstrar conhecimento sobre os aspectos éticos e legais relacionados ao atendimento de meninas e mulheres em situação de violência sexual e aborto previsto em lei (crimes contra a dignidade sexual, sigilo profissional e confidencialidade, limites da objeção de consciência);
- Reconhecer os sinais da violência contra a mulher e adotar medidas preventivas e de tratamento adequadas;
- Realizar acolhimento, registro adequado de anamnese e exame físico em prontuário, aconselhamento e prescrição de profilaxia contra infecções sexualmente transmissíveis, aconselhamento e prescrição de contracepção hormonal de emergência a meninas e mulheres em situação de violência sexual;
- Demonstrar conhecimento e realizar aconselhamento a meninas e mulheres sobre as alternativas diante de gravidez decorrente de estupro;
- Realizar encaminhamento adequado à rede de saúde, assistência social e segurança pública das meninas e mulheres em situação de violência sexual e aborto previsto em lei, quando pertinente.

QUAIS SÃO AS COMPETÊNCIAS RELACIONADAS AO ATENDIMENTO DE MENINAS E MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL QUE DEVEM SER DESENVOLVIDAS PELOS RESIDENTES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO PRIMEIRO ANO?

De maneira a assegurar consistência e coerência dos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia às necessidades de saúde sexual e reprodutiva de meninas e mulheres em situação de violência sexual no Brasil, a CNE de Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei da Febrasgo recomenda especial atenção dos educadores e gestores às competências requeridas do especialista em ginecologia e obstetrícia.

Os Programas de Residência em Ginecologia e Obstetrícia devem oferecer oportunidades de aprendizagem teórica e prática aos residentes do primeiro ano, de maneira a torná-los capazes de:

- Realizar acolhimento, registro adequado de anamnese e exame físico geral e ginecológico em prontuário, aconselhamento e prescrição de profilaxia contra infecções sexualmente transmissíveis, aconselhamento e prescrição de contracepção hormonal e não hormonal (dispositivo intrauterino) de emergência a meninas e mulheres em situação de violência sexual, coleta e preservação de vestígios forenses, quando pertinente;
- Realizar o aconselhamento sobre riscos, benefícios, complicações e indicações do aborto medicamentoso e do aborto cirúrgico de primeiro trimestre;
- Obter o consentimento livre e esclarecido de meninas e mulheres para o aborto de primeiro trimestre previsto em lei.

QUAIS SÃO AS COMPETÊNCIAS RELACIONADAS AO ATENDIMENTO DE MENINAS E MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL QUE DEVEM SER DESENVOLVIDAS PELOS RESIDENTES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO SEGUNDO ANO?

Os Programas de Residência em Ginecologia e Obstetrícia devem oferecer oportunidades de aprendizagem teórica e prática aos residentes do segundo ano, de maneira a torná-los capazes de:

- Prescrever e orientar adequadamente o uso do misoprostol para o aborto medicamentoso;
- Assistir meninas e mulheres internadas para indução medicamentosa de aborto previsto em lei no segundo trimestre de gravidez;
- Realizar aspiração manual intrauterina em abortos previstos em lei em gravidezes de até 14 semanas.

QUAIS SÃO AS COMPETÊNCIAS RELACIONADAS AO ATENDIMENTO DE MENINAS E MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL QUE DEVEM SER DESENVOLVIDAS PELOS RESIDENTES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO TERCEIRO ANO?

Os Programas de Residência em Ginecologia e Obstetrícia devem oferecer oportunidades de aprendizagem teórica e prática aos residentes do terceiro ano, de maneira a torná-los capazes de:

- Realizar o manejo interprofissional das complicações relacionadas ao aborto (hemorragia, infecção, sepse e choque);

- Realizar o manejo cirúrgico do aborto previsto em lei acima de 14 semanas de gravidez (dilatação e evacuação);
- Demonstrar conhecimento sobre os aspectos técnicos, éticos e legais relacionados à indução de óbito fetal nos casos de aborto previsto em lei;
- Realizar aconselhamento e obter consentimento para indução de óbito fetal e aborto acima de 22 semanas de gravidez nos casos previstos em lei.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde precisam estar preparados para o acolhimento e o cuidado integral das mulheres, o que inclui todas as demandas relativas à saúde sexual e reprodutiva, inclusive demandas de interrupção gestacional previstas em lei. Não existe assistência de qualidade à saúde das mulheres sem profissionais de saúde adequadamente preparados e comprometidos com as questões sexuais e reprodutivas, com destaque para a atenção a vítimas de violência sexual e interrupção da gravidez nos casos previstos em lei. A CNE de Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei recomenda fortemente a inclusão da discussão sobre direitos e saúde sexual e reprodutiva nos cursos de graduação, em atividades de educação continuada e nos Programas de Residência Médica e Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia. A atenção às competências essenciais listadas nesse posicionamento é imprescindível e urgente para que se alcance uma situação de assistência à saúde da mulher em conformidade com as boas práticas definidas pelas normativas nacionais e internacionais.

REFERÊNCIAS

1. United Nations Population Fund. Programme of Action. International Conference on Population Development. 20th Anniversary Edition [Internet]. New York: UNPF; 2014 [cited 2021 Jan 5]. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ICPD%20PoA%20English.pdf>
2. United Nations Human Rights. Vienna Declaration and Programme of Action. Adopted by the World Conference on Human Rights in Vienna on 25 June 1993 [Internet]. Vienna: UNHR; 1993 [cited 2021 Jan 5]. Available from: <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/vienna.pdf>
3. United Nations Population Information Network (POPIN), UN Population Division, Department of Economic and Social Affairs, with support from the UN Population Fund (UNFPA). Cairo Declaration on Population & Development, ICPD [Internet]. Cairo: UNFPA; 1994 [cited 2021 Jan 5]. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/94-09-04_Cairo_Declaration_on_Population_Development_ICPD.pdf
4. United Nations. Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 September 1995 [Internet]. New York: UN; 1996 [cited 2021 Jan 5]. Available from: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20E.pdf>
5. Gussoli FK. Hierarquia supraconstitucional relativa dos tratados internacionais de direitos humanos. *Rev Investig Const*. 2019;6(3):703-47. doi: 10.5380/rinc.v6i3.67058
6. United Nations. Declaration on the Elimination of Violence against Women Proclaimed by General Assembly Resolution 48/104 of 20 December 1993 [Internet]. Geneva: OHCHR; 1993 [cited 2021 Jan 5]. Available from: <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/eliminationvaw.pdf>
7. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
8. Cerqueira D, Bueno S, Alves PP, Lima RS, Silva ERA, Ferreira H, et al. Atlas da Violência 2020. Brasília (DF): IPEA; 2020.
9. Anuário Brasileiro de Segurança Pública [Internet]. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2020 [cited 2021 Jan 5];14. Available from: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf>
10. Anuário Brasileiro de Segurança Pública [Internet]. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2014 [cited 2021 Jan 5];8. Available from: https://forumseguranca.org.br/storage/8_anuario_2014_20150309.pdf
11. Sprague S, Goslings JC, Hogentoren C, de Milliano S, Simunovic N, Madden K, et al. Prevalence of intimate partner violence across medical and surgical health care settings: a systematic review. *Violence Against Women*. 2014;20(1):118-36. doi: 10.1177/1077801213520574
12. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(3):359-67. doi: 10.1590/s0034-89102007000300006
13. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):783-91. doi: 10.1590/s0102-311x2003000300010
14. ACOG Committee Opinion No. 518: intimate partner violence. *Obstet Gynecol*. 2012;119(2 Pt 1):412-7. doi: 10.1097/AOG.0b013e318249ff74
15. Loureiro DC, Vieira EM. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):679-88. doi: 10.1590/s0102-311x2004000300004
16. Darzé OISP, Azevêdo BKG. Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(1):5-9. doi: 10.1590/S0100-72032014000100003
17. Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(2):563-72. doi: 10.1590/1413-81232015212.10352015
18. Decreto-Lei No. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*. 1940 Dez 7;Seç. 1:23911.
19. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental No. 54. Relator: Min. Marco Aurélio. Brasília, DF, 12 de abril de 2012 [Internet]. 2012 [cited 2020 Sep 16]. Available from: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>
20. Madeiro A, Rufino A, Santos P, Bandeira G, Freitas I. Objeção de consciência e aborto legal: atitudes de estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40(1):86-92. doi: 10.1590/1981-52712015v40n1e02382014
21. Pacagnella RC, Bento SF, Fernandes KG, Araújo DM, Fahl ID, Fanton TF, et al. Conhecimento de médicos residentes em ginecologia e obstetrícia sobre o aborto medicamentoso. *Cad Saúde Pública*. 2020;36 Suppl 1:e00187918. doi: 10.1590/0102-311x00187918
22. Cacique DB, Passini Junior R, Osis MJMD. Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011. *Saúde Soc*. 2013;22(3):916-36. doi: 10.1590/S0104-12902013000300023

Como citar:

Latham AE, Rosas CF, Paro HB, Pedrosa ML, Albuquerque RM, et al. Diretrizes para o atendimento em violência sexual: o papel da formação médica. *Femina*. 2021;49(4):230-6.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Guidelines for care in sexual violence: the role of medical training", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(4):341-6.

Anibal Eusébio Faundes Latham

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Cristião Fernando Rosas

Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha, São Paulo, SP, Brasil.

Helena Borges Martins da Silva Paro

Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

Michele Lopes Pedrosa

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Rivaldo Mendes de Albuquerque

Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Robinson Dias de Medeiros

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**Presidente:**

Robinson Dias de Medeiros

Vice-Presidente:

Cristião Fernando Rosas

Secretária:

Helena Borges Martins da Silva Paro

Membros:

Aline Veras Morais Brillhante
Anibal Eusébio Faundes Latham
Débora Fernandes Britto
Edison Luiz Almeida Tizzot
Isabelle Cantídio Fernandes Diógenes
Kenia Zimmerer Vieira
Michele Lopes Pedrosa
Osmar Ribeiro Colás
Rivaldo Mendes de Albuquerque
Rosires Pereira de Andrade
Suely de Souza Resende
Zélia Maria Campos