



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER
Trabalho de Conclusão de Curso – TCC

Ana Beatriz Camilo Corrêa

**DIREITO A INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO SOB O OLHAR DO SERVIÇO
SOCIAL**

Brasília-DF

2016

ANA BEATRIZ CAMILO CORRÊA

DIREITO A INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO SOB O OLHAR DO SERVIÇO SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília como requisito para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação do Prof. Dr. Cristiano Guedes.

Brasília – DF

2016

ANA BEATRIZ CAMILO CORRÊA

DIREITO A INTERRUÇÃO DA GESTAÇÃO SOB O OLHAR DO SERVIÇO SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília como requisito para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação do Prof. Dr. Cristiano Guedes.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Doutor Cristiano Guedes

(Orientador/ Departamento de Serviço Social – UnB)

Prof. Mestra Lucelia Luiz Pereira

(Membro interno do SER - UnB)

Assistente Social Débora Brasil Miranda

(Membro externo)

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Marina e ao meu irmão Fernando, pelo amor, apoio, ajuda e paciência durante todo esse tempo.

Ao meu pai Humberto, que mesmo de longe, me apoiava e me dava força.

Às minhas amigas de curso, Paloma, Ana Clara, Carolina, Bárbara, Suenny, Flávia e Giovanna, e ao meu amigo Gustavo, pelo companheirismo, amizade e fidelidade, durante todos esses anos.

Ao Prof. Dr. Cristiano Guedes, pela disponibilização em me orientar e contribuir para o meu crescimento profissional. Obrigada pelos conselhos e sugestões.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa, meu mais sincero obrigado.

ÉPIGRAFE

*Por um mundo onde sejamos socialmente iguais,
humanamente diferentes e totalmente livres.*

(Rosa Luxemburgo)

RESUMO

A violência contra a mulher tem sido apontada pela ONU como uma violação dos Direitos Humanos e como um problema de Saúde Pública, sendo considerada um dos principais entraves de desenvolvimento de países do mundo inteiro. A violência sexual é uma das formas de violência mais presente na vida das mulheres, trazendo diversas consequências para a saúde, como as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada. Essa violência é resultado das questões de gênero existentes desde os primórdios da sociedade até os dias atuais. O aborto, por sua vez, vem sendo um dos principais temas discutidos nas questões de saúde pública no Brasil, sendo um direito previsto em lei, a realização do aborto quando há risco de morte materna, o bebê é diagnosticado com anencefalia e quando a gravidez é resultante de violência sexual. Analisando pela ótica do Serviço Social, percebemos os determinantes sociais da violência sexual que, no Brasil, envolvem questões de classe, gênero e cor, tornando imprescindível a inserção de assistentes sociais no campo da saúde da mulher, quer seja nos espaços de formulação de políticas públicas, ou nos serviços de atenção à saúde. Essa pesquisa, por sua vez, tem como objetivo analisar a percepção do profissional de Serviço Social sobre o direito a interrupção da gestação e as implicações dessa violência e da realização da interrupção da gestação na vida dessas mulheres. Foi feita uma pesquisa qualitativa, sendo realizado um estudo de caso com 1 Assistente Social que já tenha trabalhado envolta ao tema, e que já trabalhou no Programa de Interrupção da Gestação Prevista em Lei, localizado no Hospital Materno-infantil de Brasília que se disponibilizou a participar da pesquisa. Por sua vez, a pesquisa nos mostrou a falta de (re)conhecimento por parte das mulheres vítimas de violência sexual sobre o seus direitos reprodutivos, principalmente sobre direito a interrupção legal da gestação.

Palavras-chave: mulheres, violência sexual, aborto, Serviço Social.

ABSTRACT

Sexual violence is one of the main present kinds of violence in women's lives, developing several health consequences, such as sexually transmitted diseases and unintended pregnancies. This violence is the result of issues regarding gender, which exist since the beginning of society to present days. Abortion, in turn, has been one of the main topics discussed in public health issues in Brazil, being a right provided by law, an abortion is allowed when there is risk of maternal death, the baby is diagnosed with anencephaly and when the pregnancy is a result from sexual violence. Analyzing from the perspective of Social Work, it is realized that the social determinants for sexual violence, in Brazil, involve issues of class, gender and color, making essential the inclusion of social workers in the field of women's health, whether in policy-making spaces, or in health care services. This research, in turn, aims to analyze the social work professional's perception about the right to interrupt the pregnancy and the implications on these women's lives. A qualitative survey was conducted, and conducted a case study with one social worker who has worked shrouded the issue, and who has worked on Interrupting Program Pregnancy Expected in Law, located in the Maternal and Child of Brasilia Hospital that provided the participate. In turn, research has shown the lack of (re) cognition for women victims of sexual violence on their reproductive rights, particularly on the right to legal interruption of pregnancy.

Key words: women, sexual violence, abortion, Social Work.

LISTA DE SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CNTS – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

DF – Distrito Federal

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

HMIB – Hospital Materno Infantil de Brasília

IH – Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PBF – Programa Bolsa-Família

PAV – Programa de Atenção a Violência

PIGL – Programa de Interrupção da Gestação Prevista em Lei

SUS – Sistema Único de Saúde

STF – Supremo Tribunal Federal

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNB – Universidade de Brasília

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1. O ABORTO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	13
1.1 A violência sexual e suas implicações na vida das mulheres.	14
1.2 O Serviço Social frente à violência contra a mulher.....	18
1.3 O aborto legal como direito reprodutivo.....	21
CAPÍTULO 2. METODOLOGIA.....	26
2.1 Apresentação.....	26
2.2 Por que pesquisar aborto legal?	27
2.3 O Serviço Social e o Programa de Interrupção da Gestação Prevista em Lei	28
2.4 Cuidados éticos	31
2.5 Perfil geral das mulheres.....	32
CAPÍTULO 3. ANÁLISE DE DADOS	34
3.1 O direito ao aborto legal	34
3.2 Os serviços de saúde	36
3.3 Pós-abortamento	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
APÊNDICE	48
ANEXOS	49

INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde, o abortamento representa um grave problema de saúde pública, sendo este uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. (BRASIL, 2011). No Brasil, desde 1940, o abortamento é permitido quando a risco de morte materna e não há outro jeito de salvar a vida da gestante, quando o bebê é diagnosticado com anencefalia e quando a gravidez resulta de violência sexual, previstos e garantidos pelo Código Penal Brasileiro.

Geralmente, a assistência dada pelas mulheres que engravidaram decorrente de violência sexual é norteadada pela concepção de que o abortamento é um crime, sem referência aos direitos reprodutivos ou às questões sociais que surgem a partir da problemática da clandestinidade. (SOARES, 2003). O aborto legal é por vezes reconhecido como um crime, não como exercício de um direito.

A ambiguidade penal – o aborto é crime, mas há exceções à punição – reproduz uma divisão no reconhecimento do direito ao aborto legal: não é a autonomia reprodutiva das mulheres o que se protege, mas a mulher vítima de estupro. No caso do aborto legal, investiga-se a verdade do acontecimento da violência e produz os significados para a definição da mulher como vítima. (DINIZ; DIOS; MASTRELLA; MADEIRO, 2014).

A concepção de que a interrupção é um direito, foi contraposta ao valor religioso do aborto como um pecado que produz culpa na mulher e no profissional que se comprometeu com o procedimento. (SOARES, 2003). Profissionais da saúde que atuam em serviços de interrupção da gestação mostram que em muitas situações o profissional sente-se despreparado emocional e tecnicamente para lidar com estes casos. (MACHADO; FERNANDES, OSIS, MAKUCH, 2015).

As vivências do momento do diagnóstico da gravidez evidenciam claramente a falta de informações sobre o direito à interrupção legal. Resulta em um misto de felicidade e alívio por terem conseguido a aprovação para a realização da interrupção da gestação e, em contrapartida, o mal-estar pela escolha que estavam fazendo. A vergonha e o medo de serem julgadas e culpabilizadas pela violência sofrida aparecem então no

discurso como impeditivos para a revelação desta experiência. (MACHADO; FERNANDES, OSIS, MAKUCH, 2015).

O presente estudo foi motivado durante uma experiência de estágio em Serviço Social realizado no Programa de Interrupção Prevista em Lei, localizado no Hospital Materno - Infantil de Brasília (HMIB). O Serviço Social, por sua vez, é a profissão apta a lidar com as mais diversas expressões da questão social, expressões estas que se manifestam no campo dos direitos reprodutivos da mulher. A mulher vítima de violência sexual – enquanto sujeito de direitos – é vista em sua totalidade, inserida em uma realidade complexa que incide diretamente ou indiretamente no seu bem-estar.

A presente pesquisa visa analisar a percepção do profissional de Serviço Social sobre o direito à interrupção da gestação, destacando as principais definições de violência sexual e suas implicações na vida das mulheres, o aborto legal como um direito reprodutivo, o Serviço Social frente à violência contra a mulher e a percepção de mulheres vítimas de violência sexual atendidas pelo o Programa de Interrupção da Gestação Previsto em Lei (PIGL) do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) sobre esse direito.

Para o alcance dos objetivos aqui propostos foi realizado um estudo de caso com 1 Assistente Social que já tenha trabalhado envolta ao tema, e que já trabalhou no Programa de Interrupção da Gestação Prevista em Lei, no Hospital Materno-Infantil de Brasília. A pesquisa tem caráter qualitativo, com a utilização de uma entrevista semiestruturada administrada pela própria pesquisadora.

A monografia subdivide-se em três capítulos, começa com uma introdução, que compõe: a apresentação e delimitação do tema, a formulação do problema de pesquisa, o objetivo geral e os específicos e os métodos e técnicas para a realização da pesquisa.

O primeiro capítulo abrange o referencial teórico que serve de embasamento teórico para a pesquisa. Nele é apresentada a definição de violência sexual e suas implicações na vida das mulheres, o Serviço Social frente à violência contra a mulher e o aborto legal como direito reprodutivo.

Os métodos de pesquisa, bem como os instrumentos, procedimentos e técnicas de pesquisa que foram utilizados estão apresentados no capítulo dois. O capítulo três

contém a apresentação e análise dos resultados, concluindo com as considerações finais. E, por fim, são apresentadas as referências e os anexos que foram consultados e utilizados no decorrer de todo o estudo.

CAPÍTULO 1. O ABORTO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência sexual, uma das especificidades da violência, independe de classe social, cor, etnia, níveis socioeconômicos, ocorre tanto no espaço privado quanto no público, atingindo pessoas de ambos os sexos e de todas as faixas etárias. (REIS; MARTIN; FERRIANI, 2004).

A violência sexual é uma das formas de violência mais presente na vida das mulheres, trazendo diversas consequências para a saúde, como as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada.

Essa violência é resultado das questões de gênero existentes desde os primórdios da sociedade até os dias atuais, em que as mulheres foram educadas para aceitar diversas formas de dominação, naturalizando por vezes, as discriminações sofridas. Esse padrão das relações de gênero acaba por sua vez responsabilizando a mulher vítima de violência sexual, como a culpada por tal violência sofrida, atribuindo esta culpa a alguma atitude ou comportamento inapropriado. (MACHADO; FERNANDES; OSIS; MAKUCH, 2015).

O aborto, por sua vez, vem sendo um dos principais temas discutidos nas questões de saúde pública no Brasil, sendo pesquisado por diversos autores em seus artigos, como Debora Diniz e Marcelo Medeiros¹, Vanessa Cruz Santos, Karla Ferraz dos Anjos, Raquel Souza, Benedito Gonçalves Eugênio², entre outros. Sendo um

¹ DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. Ciênc. saúde coletiva. 2010. Disponível: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700002&lang=pt&tlng>

² SANTOS, Vanessa Cruz; ANJOS, Karla Ferraz dos; SOUZAS, Raquel; EUGENIO, Benedito Gonçalves. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. *Rev. Bioét.* [online]. 2013, vol.21, n.3, pp. 494-508. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300014>>

direito previsto em lei, a realização do aborto quando há risco de morte materna, quando o bebê é diagnosticado com anencefalia e quando a gravidez é resultante de violência sexual.

Estudos existentes sobre o aborto ressaltam que países como o Brasil, Chile, Colômbia, México, Paraguai, Venezuela, entre outros, possuem leis restritivas e seu contexto social é desfavorável ao aborto. Assim, em tais países, tende a ser maior o estigma sobre as mulheres que abortam, aumentando assim o silêncio a respeito dessa experiência pelo medo da desaprovação. (MACHADO; FERNANDES; OSIS; MAKUCH, 2015).

1.1 A violência sexual e suas implicações na vida das mulheres.

A violência sexual é uma das formas mais frequentes de violência contra as mulheres. O Ministério da Saúde (MS) afirma por sua vez que baseada na discriminação de gênero, a violência sexual pode ser percebida desde antigamente até os dias atuais, onde as mulheres são inferiorizadas e subordinadas aos homens nas relações econômicas, políticas e sociais, independentes de classes sociais, religião, raça-etnia. (BRASIL, 2011).

A discriminação de gênero faz parte de uma construção histórica, sociocultural e teórica, na qual atribui aos sexos papéis comportamentais, conferindo às mulheres características ligadas a emoção, fragilidade e submissão quanto aos homens, estes conferidos papéis de força, racionalidade e dominação, como se fossem naturalmente explicadas por questões biológicas. A ligação entre violência e gênero é utilizável não só para indicar o envolvimento de mulheres e de homens como vítimas e autores/as, mas também o seu envolvimento como sujeitos que desejam firmar, através da violência, suas identidades masculinas ou femininas. (SUÁREZ; BANDEIRA, 1999).

Por gênero compreende-se o conjunto de papéis que a sociedade atribuí, em cada cultura, para homens e mulheres. Dessa forma, o sexo feminino destina para a mulher a menstruação, a gravidez, o parto e a amamentação. Mas é o gênero feminino que define que a mulher seja a responsável por ser mãe, cuidadora e pelos cuidados cotidianos com

a criança. Enquanto o sexo determina condições estritamente biológicas, o gênero constrói comportamentos não biológicos, muitos deles prejudiciais à mulher. (DREZETT, 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a questão de gênero, por sua vez, está ligada as relações de poder existentes na sociedade, a violência sexual ocorre com uma maior frequência com vítimas mulheres, porém não exclusivamente, podendo ocorrer com crianças, adolescentes e até com homens. Essas relações de poder mostra que as vítimas são vulneráveis e consideradas submissas ao agressor. (BRASIL, 2011).

Define-se a violência sexual como: estupro, tentativa de estupro, atentado violento ao pudor, sedução, atos obscenos e assédio, que podem ocorrer com outros tipos de violência física (lesão corporal, tentativa de homicídio, maus tratos e ameaças). (OLIVEIRA, 2005). A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher caracteriza a violência sexual como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (Convenção de Belém do Pará – ONU, 1994). O Código Penal Brasileiro, no seu artigo 213 descreve o estupro como:

Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: pena – reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos (BRASIL, [Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940](#)).

A problemática da violência contra a mulher tem sido reconhecida por entidades ligadas aos direitos humanos e organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como problema de saúde pública, o que faz com o Estado se esforce em práticas de prevenção e cuidados básicos dos agravos resultantes. Pesquisas afirmam que uma em cada três mulheres sofreu violência sexual ao menos uma vez durante sua vida, e atinge majoritariamente as mulheres entre 15 e 49 anos. (FAUNDES; ROSAS; BEDONE; OROZCO, 2006). Ressalta assim que a violência sexual atinge predominantemente as mulheres que estão no início e no final da sua vida reprodutiva.

Segundo a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência, a violência sexual pode se expressar de diversas formas, sendo elas:

Abuso sexual sem contato físico: práticas sexuais que não envolvem contato físico (assédio sexual, abuso sexual verbal, telefonemas obscenos, exibicionismo, voyeurismo e pornografia).

Abuso sexual com contato físico: carícias nos órgãos genitais, tentativas de relações sexuais, masturbação, sexo oral, penetração vaginal e anal. Caracterizam-se em: atentado violento ao pudor, corrupção de menores, sedução e estupro.

Pedofilia: atração erótica por crianças. Essa atração pode ser elaborada no terreno da fantasia ou se materializar em atos sexuais com meninos ou meninas. (ABRÁPIA, 2002, p.9).

Bandeira e Mireya retratam em seu livro “Violência, gênero e crime no Distrito Federal”, um estudo realizado nos anos 90 com o perfil das vítimas e dos agressores de violência sexual. As vítimas são em sua maioria, mulheres entre 14 a 27 anos de idade, solteiras, com o primeiro grau de escolaridade, donas de casa/empregadas domésticas. Os agressores, em grande parte, homens entre 20 a 31 anos de idade, casados, com o primeiro grau de escolaridade, declarados como brancos e pardos em sua maioria. (SUÁREZ; BANDEIRA, 1999).

A violência apresenta na vida das mulheres vítimas dessa violência efeitos tanto físicos quanto emocionais, o efeito de insegurança faz com que essas mulheres não consigam voltar a ter uma vida tranquila, carregando com si diversos traumas. Essa violência pode reproduzir traumas emocionais, medo, sequelas físicas, insônia, efeitos colaterais dos medicamentos, dificuldade em retomar a vida sexual e o trabalho. (GESSE; AQUOTTI, 2008).

A violência sexual é pouco denunciada, dificultando seu registro estatístico e a pesquisa nesta área. Muitas vezes essas violências ocorrem dentro do ambiente familiar, o que faz com que as vítimas não denunciem, quanto maior for a aproximação com o agressor, menor é a chance de a mulher realizar a ocorrência. Para algumas mulheres a violência praticada pelo seu parceiro não é considerada estupro, aceitando as normas sociais que atribuem ao homem o direito de usar do corpo da mulher ao seu arbítrio. (FAUNDES; ROSAS; BEDONE; OROZCO, 2006). Tamanha dificuldade na denúncia é representada pelo medo que essas mulheres sentem em reviver todo o sofrimento, na vergonha da exposição, nas ameaças que sofreram durante e após a violência.

Em 2006 surge a Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340/2006, resultado de um esforço coletivo dos movimentos de mulheres e poderes públicos no enfrentamento à violência doméstica e familiar e ao alto índice de morte de mulheres no País. Do Título I: Disposições Preliminares:

Art. 1º Esta Lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar. (BRASIL, Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006).

Assim como com os cuidados com a prevenção da violência e a proteção das vítimas, o Estado por sua vez, também é responsável em ajudar a reconstruir a vida das mulheres. Desse modo, há uma articulação entre as áreas de assistência social, incluindo essas mulheres nos programas assistenciais do governo federal e nas áreas de saúde, preservando a integridade física e psicológica da vítima.

De acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde de 2010, a “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes” a violência sexual repercute na saúde mental com quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos, e na saúde física com os riscos de contaminação por Doenças Sexualmente Transmissíveis, e gravidez indesejada. (BRASIL, 2010).

Segundo o MS, uma das dificuldades que as mulheres vítimas de violência sexual enfrentam é a procura por ajuda logo após sofrer a violência, o medo, a vergonha, faz com essas mulheres se escondam e venham a descobrir agravos dessa violência só quando os primeiros sintomas começam a aparecer, como a gravidez indesejada consequência da agressão sexual. (BRASIL, 2011). A complexidade de uma gravidez resultante de violência sexual, fez com que a interrupção dessa gestação fosse legal, prevista em lei desde 7 de dezembro 1940. Decreto Lei nº 2.848 do Código Penal:

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:
Aborto necessário
I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;
Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. (BRASIL, Lei nº 2.848, de 7 de setembro de 1940).

Se nos discursos feministas a garantia dos direitos é o discurso mais usado quando relacionado ao aborto, nos debates públicos o aborto como um problema de saúde pública, é o fundamento mais frequente. Porém, na visão das feministas, o campo da saúde oferece a possibilidade de assegurar esses direitos individuais a partir de um direito social já estabelecido. (CAMARGO, 2011). O aborto como parte do direito à saúde das mulheres assegura também o atendimento no SUS, tornando-o disponível a todas as brasileiras.

Com a regulamentação do artigo 128 e com a criação de Normas Técnicas, conquistas resultante de movimentos sociais, e da participação do Estado, as feministas criaram na prática um direito que muitos argumentavam não existir na lei. Estes afirmavam que o Código Penal não regulamenta o direito ao aborto, exceto os casos antes explicitados. Porém, o aborto legal é um direito de fato, garantido pelo Estado.

1.2 O Serviço Social frente à violência contra a mulher.

A violência contra a mulher tem sido apontada pela ONU como uma violação dos Direitos Humanos e como um problema de Saúde Pública, sendo considerada um dos principais entraves de desenvolvimento de países do mundo inteiro. Uma vez que a violência de gênero é um fenômeno social, deve ser enfrentada através de um conjunto de estratégias políticas e de intervenção social direta, sendo necessário o diálogo com o Serviço Social. (LISBOA; PINHEIRO, 2005).

O profissional em Serviço Social atua sobre um objeto de trabalho, seja no espaço da violência contra a mulher ou em qualquer outro. Com isso, o conhecimento da realidade em que atua é essencial, compreendendo assim os sujeitos sociais e as situações sociais em que vivem. Na temática da violência contra a mulher, o assistente social precisa aprofundar seu conhecimento sobre as determinações que decorrem da mesma.

O grande desafio na atualidade é, pois, transitar da bagagem teórica acumulada ao enraizamento da profissão na realidade, atribuindo, ao mesmo tempo, uma maior atenção às estratégias e técnicas do trabalho profissional, em função das particularidades dos temas que são objetos de estudo e ação do assistente social. (IAMAMOTO, 1998, p.51).

Marilda Vilela Iamamoto (1997, p.14) define o objeto do Serviço Social nos seguintes termos:

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. [...] ... a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social.

A concepção de questão social está enraizada na contradição capital x trabalho, é uma categoria que tem sua especificidade definida no modo capitalista de produção. Carvalho e Iamamoto (1983, p.77) conceituam a questão social como:

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão.

Vera da Silva Teles (1996, p.85) não sendo contrária, afirma que:

A questão social é a aporia das sociedades modernas que põe em foco a disjunção, sempre renovada, entre a lógica do mercado e a dinâmica societária, entre a exigência ética dos direitos e os imperativos de

eficácia da economia, entre a ordem legal que promete igualdade e a realidade das desigualdades e exclusões tramada na dinâmica das relações de poder e dominação.

Sendo a violência contra a mulher uma das interfaces da questão social, o assistente social também é chamado a intervir nessa realidade. Em “A intervenção do Serviço Social junto à questão da violência contra a mulher”, Lisboa e Pinheiro (2005), propõem a intervenção do profissional de Serviço Social dentro de um contexto de orientações. Nessa perspectiva: os profissionais de Serviço Social como operadores de direito, tem o papel de orientar e informar à mulher agredida, deixando clara a existência de punições para cada tipo de violência sofrida, seja ela ameaça, calúnia, agressão física, agressão sexual, etc. Estimulando-as a realização de denúncias, do Boletim de Ocorrência, para assim iniciar um processo criminal. Nas áreas de atuação dos assistentes sociais temos:

Na área da assistência, as mulheres que estão em situação de violência deveriam ter prioridade nos critérios de seleção em programas de proteção social, e nessa área, o profissional de Serviço Social também atua na formulação, execução e gestão de políticas públicas e sociais.

Na área da saúde, ações voltadas às unidades básicas de saúde da rede pública poderiam ser desenvolvidas, gerando estratégias que ressaltem a noção de violência contra a mulher como um problema de saúde pública.

Em relação ao trabalho ou ocupação remunerada, gerar políticas inclusivas de inserção da mulher no mercado de trabalho é muito importante, pois a dependência econômica é um dos principais empecilhos para sair da relação de violência.

Na área da educação, atividades de conscientização e esclarecimento em relação à violência contra a mulher são recomendadas – envolvendo pais, alunos, professores e funcionários, enfim, o corpo pedagógico de escolas da rede pública e privada de ensino, promovendo debates sobre violência e discriminação de gênero.

Na área da comunicação, é possível promover ações de capacitação e sensibilização junto às agências reguladoras de rádio e TV, jornais e peças publicitárias, abordando as questões de gênero e reconstruindo a

imagem das mulheres em situação de violência. (LISBOA; PINHEIRO, 2005, p.208).

Além do enfoque para as políticas públicas, o profissional de Serviço Social tem seu trabalho voltado para a emancipação das pessoas como sujeitos sociais, tem plena liberdade para atuar com indivíduos, grupos, famílias e/ou comunidade e definir formas de acesso e atividades voltadas para o enfrentamento das expressões da questão social e da luta pela garantia dos direitos em conformidade com suas atribuições e competências profissionais. (SANTOS, 2010). Junto a mulheres que sofrem violência, o trabalho se dá no resgate dessas mulheres como detentoras de direitos, como seres sociais e como cidadãs. (LISBOA; PINHEIRO, 2005).

1.3 O aborto legal como direito reprodutivo.

Os direitos reprodutivos são parte dos direitos humanos fundamentais reconhecidos por leis tanto nacionais quanto internacionais. A concepção de direitos reprodutivos abrange um conjunto de direitos que devem relacionar-se com o exercício pleno da sexualidade e da reprodução humana, possuem uma perspectiva de equidade e igualdade nas relações sociais, ampliando assim as obrigações do Estado na garantia desses direitos. (VENTURA, 2004).

Dos princípios fundamentais presentes na Constituição Federal de 1988, destacam-se princípios que constituem os direitos reprodutivos. Do Título II: Dos Direitos e Garantias Fundamentais:

Capítulo I: Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;

II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;

XLI- a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais;

A Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento, realizado no Cairo (1994) e a Conferência Mundial Sobre a Mulher, em Beijing (1995), asseguram que os direitos reprodutivos são fundamentais para os direitos humanos, incluindo o direito ao pleno controle e decisão acerca de questões relativas à sexualidade e a reprodução. Ressaltando assim, o direito a interrupção da gestação por parte das mulheres vítimas de violência sexual, dando a essas o direito de escolha do seu próprio corpo.

De acordo com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO, 1976) e Organização Mundial de Saúde (OMS, 1977) é considerado aborto o “término da gestação antes da 22ª semana, pesando menos de 500 gramas. E abortamento, a expulsão deste produto conceptual antes de sua viabilidade”.

Ao longo da história, o aborto vem sendo praticado pelas gestantes que não almejam dar continuidade a uma indesejável gravidez. O ato da interrupção é um ato criminalizado e mesmo com essa criminalização, houve um aumento nas realizações do aborto, passando de uma questão criminal para uma questão de saúde pública e de direitos humanos.

O aborto inseguro, realizado sem um acompanhamento especializado, na contemporaneidade, é apontado como um dos temas mais importantes nas discussões relacionadas à saúde da mulher. (SANTOS; ANJOS; SOUZAS; EUGENIO, 2013). As complicações do aborto - perfuração do útero, retenção de restos de placenta, seguida de infecção, levando até a esterilidade - estão entre as quatro principais causas de morte materna em todo mundo e é causa de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde. (MENEZES; AQUINO, 2009).

Essa violência compreende o retardo do atendimento, falta de interesse por parte dos profissionais em escutar e orientar essas mulheres tendo atitudes muitas vezes condenatórias e preconceituosas. Mesmo em serviços em que a retórica dos direitos é

mais clara, a dupla dimensão investigativa da verdade do estupro, acontecimento da violência e subjetividade da vítima, guia a fase de acolhimento da mulher pelas equipes de saúde. A mulher é vista como uma figura detentora da verdade e não imediatamente como uma vítima detentora de um direito. (DINIZ; DIOS; MASTRELLA; MADEIRO, 2014).

É difícil de contabilizar o número de mortes decorrentes de um aborto inseguro, visto que a maioria não procura atendimento médico por ter realizado de forma considerada ilegal, mas de acordo, com o Instituto de Medicina Social, ligado à UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009), entre 2000 e 2004, ocorreram no Brasil 697 óbitos em consequência de procedimentos malsucedidos, principalmente em jovens de 20 a 29 anos.

No Brasil, de acordo com o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal Brasileiro, o abortamento é permitido quando a risco de morte materna e não há outro jeito de salvar a vida da gestante, quando o bebê é diagnosticado com anencefalia e quando a gravidez resulta de violência sexual:

- No artigo publicado no informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, Jornal da Rede Saúde nº 18 em setembro de 1999 sobre os aspectos legais do abortamento, afirma que aborto realizado quando a risco de morte materna e não há outro jeito de salvar a vida da gestante, chamado também de “aborto necessário”, somente o médico pode praticar o abortamento quando essa é a única forma de salvar a vida da gestante, o médico deve agir e deve fazer o abortamento, com ou sem o consentimento da gestante ou de qualquer outra pessoa, não havendo a necessidade de uma autorização judicial para a realização de tal. (BRASIL, 1999).

- A anencefalia é definida na literatura médica como a má-formação do cérebro e do córtex do bebê, havendo apenas um "resíduo" do tronco encefálico. De acordo com a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS), a doença provoca a morte de 65% dos bebês ainda dentro do útero materno e, nos casos de nascimento, sobrevive de algumas horas ou, no máximo, dias. Sendo aprovado pelo STF em 2012 o abortamento legal quando o bebê é diagnosticado com anencefalia, sendo um direito de escolha para a gestante a interrupção ou não da gravidez.

- A mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual deve ser esclarecida sobre as alternativas frente à gestação e as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. É direito das mulheres a informação sobre a possibilidade legal de interromper a gravidez, bem como devem ser esclarecidas do direito de manter a gestação até o término. A decisão final, sempre difícil e complexa, cabe a cada mulher. Aos profissionais de saúde resta o respeito à autonomia da mulher em decidir. (DREZZET; PEDROSO, 2012).

Em todos os casos acima mencionados, o governo Brasileiro fornece gratuitamente o aborto legal pelo Sistema Único de Saúde. A realização do aborto em casos de violência sexual deve obedecer ao ordenamento jurídico. A portaria MS/GM nº 1.508, do Ministério da Saúde, desde 2005 estabelece procedimentos de justificação e autorização para a interrupção da gravidez. Não há necessidade de autorização judicial, a mulher que sofre violência sexual não tem obrigação de noticiar o fato à polícia e não está obrigada a realizar o boletim de ocorrência policial, nem o exame médico-legal. Não obstante, deve ser apoiada a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis. (DREZZET; PEDROSO, 2012).

A figura da mulher como vítima, mobilizam elaboradores e gestores das políticas públicas de saúde que regulamentam os serviços de interrupção da gestação prevista em lei no Brasil. Constitui um direito da mulher, garantido pela Constituição Federal e pelas Normas Internacionais de Direitos Humanos pelo ECA, no Capítulo I: do Direito à Vida e à Saúde, o direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva.

A interrupção da gestação por parte das mulheres vítimas de violência sexual retrata o direito que a mulher possui sobre o seu corpo, e o poder de escolha acerca dos agravos resultantes da violência sofrida.

Segundo o Ministério da Saúde, o aborto legal “pode ser realizado em todos os estabelecimentos do SUS que tenham serviço de obstetrícia”. (BRASIL, 2011). O acesso a estes atendimentos por meio do encaminhamento das pacientes via centrais de regulação, aos serviços especializados. Assim, a mulher atendida em um hospital ou unidade de saúde é direcionada ao centro de referência que, obrigatoriamente, deve seguir as normas técnicas de atenção humanizada ao abortamento do Ministério da

Saúde e a legislação vigente. Atualmente são 65 serviços disponíveis para a realização da interrupção da gestação prevista em lei, distribuídos em 26 Estados brasileiros. (POUZA; PESSOA; CORTÊZ, 2014).

De acordo com os dados apresentados pelo 9^a Anuário Brasileiro de Segurança Pública publicado em 2015, o Distrito Federal apresentou no ano de 2014, 777 casos de estupros e 87 tentativas de estupro. No Brasil, foram registrados 47.646 estupros, havendo uma redução de 6,7% em relação a 2013. Porém, considerando que em média apenas 35% dos crimes sexuais são notificados, mais dados precisam ser acumulados para confirmar a queda.

Apesar do grande número de casos de estupros ocorridos no Brasil os programas especializados para esses atendimentos ainda têm pouca visibilidade, não sendo divulgados pelo governo ou pela mídia. Vale ressaltar o grande preconceito que ainda existe a cerca desse tema e a falta de informação sobre o abortamento seguro, previsto em Lei.

O objetivo dos programas é a garantia dos direitos sexuais (direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo) e reprodutivos (direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas) das mulheres, tal qual sua autonomia, efetuando o direito da mulher em situação de risco de morte, ou vítima de estupro, de receber um atendimento de saúde seguro nos casos de interrupção da gestação, de acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde de 2011, a “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes”. (BRASIL, 2011)

A mulher, assim como qualquer ser humano, é responsável pelo seu corpo, e é ela que tem o poder de decidir o que fazer com ele ou não. Apesar dos estigmas ainda impostos pela realização da interrupção de uma gestação, fica clara (quando esta é feita amparada pelos âmbitos legais) a legitimidade dos direitos da mulher perante o Estado. O aborto previsto em lei é um direito de todas as mulheres, e é necessário de que isso seja conhecimento de todas, legitimando-o ou não.

CAPÍTULO 2. METODOLOGIA

2.1 Apresentação

A metodologia é a ciência que estuda os métodos utilizados durante todo o processo de conhecimento. É entendida como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade (MINAYO, 2010). O método é o caminho utilizado pelo pesquisador durante toda a sua pesquisa, desde o início na formulação de um problema, até o final com a comprovação da hipótese. A ciência busca capturar e analisar a realidade, e é o método que faz com que o pesquisador consiga atingir seus objetivos (DEMO, 1985, p. 20).

Essa pesquisa tem como objetivo analisar a percepção do profissional de Serviço Social acerca das mulheres que engravidaram decorrente de violência sexual sobre o direito a interrupção da gestação. Foi feita uma pesquisa qualitativa, a qual considera que há uma relação entre o sujeito e o mundo em que vive que não pode ser representada por números, o pesquisador então tende a analisar seus dados indutivamente. (SILVA, 2005). Do ponto de vista dos procedimentos técnicos, o método utilizado foi o estudo de caso, visto que envolve o estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento. (SILVA, 2005).

O instrumental utilizado foi uma entrevista semiestruturada administrada pela própria pesquisadora, com questões abertas, havendo alterações no decorrer da entrevista quando esta se fez necessária, assim, o procedimento técnico utilizado foi o levantamento. Os eixos norteadores são: o direito ao aborto legal, os serviços de saúde e o pós-abortamento.

A entrevista foi realizada com 1 Assistente Social que já tenha trabalhado envolto ao tema, e que já trabalhou no Programa de Interrupção da Gestação Prevista em Lei, localizado no Hospital Materno-infantil de Brasília que se disponibilizou a participar da pesquisa. A entrevista aconteceu no segundo semestre de 2015, de acordo com a disponibilidade apresentada pela profissional, no local de sua preferência.

O método utilizado para a análise de dados foi através da análise de conteúdo e observações livres.

2.2 Por que pesquisar aborto legal?

O aborto legal está presente nas principais discussões de saúde pública voltadas para as mulheres. E com a complexidade envolta ao tema, se vê a necessidade de discussões, também, no âmbito acadêmico. É um assunto extremamente necessário de ser compreendido e vivenciado por parte toda a sociedade, em especial as mulheres.

A violência sexual atinge principalmente as mulheres durante a sua vida reprodutiva, e a gravidez indesejada é um dos agravos mais frequentes dessa violência, sendo o aborto inseguro uma das maiores causas de morte materna.

A realização da interrupção da gestação é carregada por diversos preconceitos impostos pela sociedade, e por muitas vezes pelos próprios profissionais da saúde. “A abordagem é influenciada por questões morais/religiosas que trazem dificuldades para a compreensão do tema. Geralmente, a assistência é norteada pela concepção de que o abortamento é um crime, sem referência aos direitos reprodutivos ou às questões sociais que derivam da problemática da clandestinidade.” (SOARES, 2003).

As questões levantadas na pesquisa serão:

- A interrupção legal da gestação vista pela sociedade;
- A sua perspectiva enquanto profissional acerca da interrupção legal da gestação;
- A perspectiva das mulheres que realizaram a interrupção legal da gestação sobre o exercício desse direito;
- Os serviços passados após sofrer violência sexual até ser encaminhado para o PIGL;
- A responsabilização pela violência sexual sofrida;
- E os julgamentos sofridos após a interrupção da gestação;

2.3 O Serviço Social e o Programa de Interrupção da Gestação Prevista em Lei

O Programa de Interrupção Prevista em Lei do Distrito Federal é localizado no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), que foi fundado em 22 de novembro 1966. O HMIB surgiu após a fundação do Hospital de Base do Distrito Federal, dada à necessidade, e a vontade do governo, de criar dois hospitais distritais, um localizado na Asa Sul e outro na Asa Norte, através do Plano Bandeira de Mello, que a partir da concepção da Fundação Hospitalar do Distrito Federal se cria, também, uma rede de serviços básicos em todo território.

A instituição é de caráter público, tendo um interesse público, e é vinculada a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal pela Regional de Saúde da Asa Sul. Apesar de ter uma atuação regional, encontram-se casos de pacientes que vem de outros Estados. O objetivo do HMIB é a saúde de mulheres e crianças, pelos procedimentos da Obstetrícia e Pediatria, sendo a atuação do hospital a prestação de serviços de saúde.

A Constituição Federal incorpora o conceito mais abrangente de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, idade, sexo, herança genética, etc.); e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde. Isso implica que, para se ter saúde são necessárias ações em vários setores, além do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde. Isto só uma política governamental integrada pode assegurar. Também legitima o direito de todos, no artigo 196, sem qualquer discriminação às ações e saúde em todos os níveis, assim como, explicita que o dever de prover o pleno gozo desse direito é responsabilidade do Governo, isto é, do poder público. Ou seja, a partir da nova constituição, a condição para se ter direito de acesso aos serviços e ações de saúde é precisar deles.

Apesar da saúde no Brasil ser um direito fundamental do ser humano e dever do Estado, destaca a ineficiência quando essa afirma ser um direito perante a população. Em 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo legalizado pela Lei Nº 8080/90 e a Lei Nº 8.142/90, no qual tinha seus princípios e diretrizes voltados para a integralidade e universalidade. Porém, ainda é notável sua ineficácia, pois muitas pessoas não conseguem ser contempladas, seja pela falta de infraestrutura, profissionais

de saúde para os atendimento ou vagas nos hospitais, isso ocorre porque a demanda é muito maior do que oferta.

Os usuários da instituição são mulheres, adolescentes e crianças, e as demandas são diversas, desde partos convencionais ou de alto risco, emergências pediátricas, cirurgia neonatal, pediatria clínica, ambulatorial, centro de reprodução humana, etc., até a interrupção da gestação. As demandas são espontâneas ou retornos de acompanhamentos solicitados pelos profissionais de saúde HMIB.

Os atendimentos feitos pelo PIGL são, exclusivamente, de gestantes que podem passar pelo abortamento previsto em lei, que são, segundo o Código Penal, art. 128, quando não houver outra alternativa de salvar a vida da gestante ou em gravidez resultante de estupro. A portaria Nº1508 de 1 de setembro de 2005 do Ministério da Saúde regulamenta a assistência aos casos do PIGL no âmbito do Sistema Único de Saúde. A equipe que faz o atendimento é multiprofissional, no qual três são médicos ginecologistas, duas são psicólogas e uma é assistente social.

Segundo a Portaria Nº 1.508 de 1º de setembro de 2005, o procedimento de justificção e autorização da Interrupção da Gestação prevista em Lei é condição necessária para adoção de qualquer medida de interrupção da gravidez no Sistema Único de Saúde (SUS). Também foi elaborado, pela equipe, uma Rotina da Interrupção da Gestação Prevista em Lei (Anexo 1), que irá “resolver e estabelecer as normas e diretrizes de atendimento às mulheres, às crianças e adolescentes vítimas de estupro e as que estejam sob risco de morte nos casos de interrupção da gravidez.”

O Serviço Social se materializa no programa através do atendimento social obrigatório. O atendimento às vítimas de violência sexual consiste em:

- 1- Acolhimento, que poderá ser feito pela psicóloga ou assistente social que estiver de plantão, onde se relata o ocorrido, além do preenchimento da ficha de notificação;
- 2- Consultas multi e interdisciplinares, de modo que a usuária passe por todos os profissionais individualmente, relatando o que aconteceu, dessa forma, cada profissional faz sua análise. São realizados, no mínimo, um atendimento social, três psicológicos e um com um médico ginecologista;

- 3- Realização de exames encaminhados pelo médico. Os exames feitos são: ecografia e laboratoriais de doenças sexualmente transmissíveis. É através da ecografia que se é possível descobrir a idade gestacional do feto, sendo um fator primordial para a equipe durante a discussão do caso. Além disso, segundo a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, o abortamento só poderá ser realizado até a 20^a ou 22^a semana de gestação, porém, por conta da margem de erro, a equipe médica do PIGL realiza a interrupção até a 18^a semana;
- 4- Reunião para discussão e definição de casos. Caso haja alguma discordância entre os membros da equipe ou com a família da usuária, o caso é encaminhado ao Ministério Público do Distrito Federal.
- 5- Realização de contatos e encaminhamento para a rede de enfrentamento à violência sexual, após atendimento no PIGL, e repasse do resultado a usuária, a aprovação ou não para a realização do procedimento. Quando aprovado, a usuária juntamente com a equipe preenchem os formulários sobre a responsabilização para a realização do procedimento. A documentação obrigatória é, de acordo com a Portaria Nº1.508/05:
 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde se deve constar a declaração da mulher e/ou de seu representante legal pela escolha da interrupção da gestação, ciente da possibilidade de manter a gestação até o término e das alternativas existentes nesse caso;
 - Termo de Responsabilidade, assinado pela mulher e/ou representante legal, onde declara que as informações prestadas para a equipe de saúde correspondem à legítima expressão da verdade (inclusive que estão cientes dos crimes de Falsidade Ideológica e Abordo, dos artigos 299 e 214 do Código Penal);
 - Termo de Relato Circunstanciado, a mulher e/ ou seu representante legal devem descrever as circunstâncias da violência sexual alegada, afastando-se a hipótese de gravidez decorrente de outra circunstância diferente da violência sexual;

- Termo de Aprovação de Procedimentos de Interrupção da Gestaçã, firmado pela equipe multiprofissional.
- 6- Providências em relação à internaçã;
 - 7- Acompanhamento durante à internaçã e o procedimento;
 - 8- Seguimento pós-internaçã, onde sã colocados nos prontuários de cada usuária o atendimento médico, social e psicológico, além dos exames e demais contatos feitos com a paciente;
 - 9- Acompanhamento psicológico da usuária e da família. Ao final, sendo tudo registrado no livro ATA. Não sendo anotadas as falas das pacientes ou o que foi relatado nos atendimentos, contudo, é escrito quais os atendimentos que foram realizados, ligações, reuniões, entre outros;

O PIGL funciona majoritariamente por meio de encaminhamentos, que podem ser feitos por outros hospitais, ou postos de saúde, ou programas como o Programa de Atenção a Violência, que existe no próprio HMIB, o Violeta.

2.4 Cuidados éticos

No início da pesquisa foi entregue um Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) (Anexo 2)– contendo os principais pontos a serem abordados pela pesquisa, objetivos, a garantia da preservação da identidade da pessoa entrevistada e a garantia da utilização das informações prestadas apenas para fins do referido estudo. Foi garantido o sigilo e anonimato da participante, não havendo qualquer prejuízo profissional e pessoal.

Foi deixado claro à participante, a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. A transcrição da entrevista foi realizada pela própria pesquisadora, garantindo o sigilo das informações obtidas, sendo essas utilizadas apenas para o presente estudo.

2.5 Perfil geral das mulheres

Em 2014, uma estagiária do Programa de Interrupção da Gestação Prevista em Lei (PIGL), localizado no Hospital Materno-Infantil de Brasília, Rafaela de Paula Sales, fez como seu projeto de intervenção, um levantamento dos perfis das mulheres que procuraram o programa para a realização da interrupção legal da gestação.

Os dados sobre o perfil das usuárias foram coletados de setembro de 2013 à maio de 2014, a partir das entrevistas realizadas pela assistente social do PIGL. Entre eles estão; idade, cor a qual ela se considera, religião, local onde ocorreu a violência, cidade onde reside, vínculo empregatício, escolaridade, estado civil e se prestou o boletim de ocorrência.

O estudo foi realizado com 34 usuárias do programa, e a partir dos dados coletados podemos destacar:

- A faixa etária das mulheres que sofreram violência sexual está entre 10 a 30 anos de idade, o que confirma a presença da violência sexual no início e no final da vida reprodutiva das mulheres, sendo em sua maioria mulheres solteiras.
- Apesar do preconceito existente principalmente por parte das religiões, o número de protestantes e católicas que decidem pelo aborto, é maior do que as que se declaram sem religião.
- Analisando os dados sobre a renda mensal pode-se perceber que muitas mulheres estão desempregadas e/ou recebem algum tipo benefício, a maioria delas o Benefício de Prestação Continuada-BPC. A maioria mora nas cidades satélites do Distrito Federal, onde nessas ocorreram a maioria dos casos registrados.

Tabela 1 – Perfil das mulheres

Idade das mulheres que procuraram o programa					
Idade	10 à 15 anos	16 à 20 anos	21 à 30 anos	Maiores de 31 anos	Não declaram
N° de mulheres	9	6	9	7	3
Religião que seguem					
Religião	Católica	Protestante	Nenhuma	Não declaram	
N° de mulheres	7	13	4	10	
Escolaridade					
Grau de formação	Ensino Básico	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior	Ensino Especial
N° de mulheres	1	8	13	5	6
Cor a qual se consideram					
Cor	Negra	Branca	Parda	Amarela	Não declaram
N° de mulheres	11	11	0	1	11
Renda familiar/ Vínculo Empregatício/ Recebe Algum Benefício					
	Empregada	Desempregada	Recebem Benefícios	Não declaram	
N° de mulheres	16	10	9	8	
Região em que vivem					
	Cidades Satélites	Plano Piloto	Fora do DF	Não declaram	
N° de mulheres	21	4	8	1	
Região em que ocorreu a violência sexual					
	Cidades Satélites	Plano Piloto	Fora do DF	Não declaram	
N° de mulheres	15	6	11	2	
Prestaram o Boletim de Ocorrência					
	Sim	Não			
N° de mulheres	13	21			
Estado civil					
	Casadas	Solteiras			
N° de mulheres	6	28			

Fonte: Rafaela de Paula Sales, 2014.

CAPÍTULO 3. ANÁLISE DE DADOS

3.1 O direito ao aborto legal

O abortamento representa um grave problema de saúde pública, tendo uma maior incidência nos países em desenvolvimento, sendo uma das principais causas de morte materna no mundo. Sua discussão por vez envolve aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais. Entender sua abrangência demanda investimento tanto em educação e em informação, quanto o comprometimento do Estado, dos profissionais de saúde e da sociedade. Levando em consideração os princípios de democracia, a laicidade do Estado, igualdade de gênero e a dignidade da pessoa humana. (BRASIL, 2011).

A pesquisa realizada tem como principal objetivo analisar a percepção do profissional de Serviço Social acerca das mulheres que engravidaram decorrente de violência sexual sobre o direito a interrupção da gestação. Se as mesmas consideram que ao interromper a gestação estão em pleno exercício de seu direito, dos reflexos do abortamento legal nas suas vidas, e do acesso aos serviços de saúde.

O aborto previsto em lei, regulamentado pelo Código Penal desde 1940 é um direito reprodutivo das mulheres, porém apesar de ser garantido pelo Estado, não é bem aceito pela sociedade, principalmente por parte dos religiosos. Durante a entrevista a assistente social ressaltou: “(...) *parte majoritária da sociedade é contra a interrupção legal da gestação, é contra o aborto. Principalmente os religiosos, que alegam que são a favor da vida*”. É válido ressaltar que, a maioria das mulheres que passaram pelo PIGL são religiosas, assegurando seus direitos reprodutivos, garantidos e respaldados pelo Estado.

Esse preconceito apresentado pela sociedade se reflete também, nos atendimentos especializados para o acolhimento dessas mulheres. A assistência é norteada pela concepção de que o abortamento é um crime, sem referência aos direitos reprodutivos ou às questões sociais que derivam da problemática da clandestinidade. A representação do abortamento para os profissionais de saúde oscila entre a concepção da

interrupção da gravidez como um direito, em contraposição ao valor religioso do abortamento como um pecado. (SOARES, 2003).

As equipes especializadas para os programas de interrupção legal da gestação são compostas por multiprofissionais, médicos ginecologistas, psicólogas, assistentes sociais. O trabalho do assistente social é guiado pelo Código de Ética dos Assistentes Sociais, entretanto, dentro da própria categoria, há quem recrimine a prática do abortamento, ainda que a posição do Conjunto CFESS-CRESS seja pela legalização.

Quanto à sua opinião acerca da interrupção legal da gravidez, a assistente social afirmou: *“É um direito da mulher, e a partir do momento que é um direito, ela tem que ter acesso a informação de como que é feito, de quais são os procedimentos, conhecer todo o processo, e a partir daí ela expressar a sua vontade de fazer ou não. (...) O profissional vai apenas informá-la, orientá-la como que é feito o procedimento. E aí a decisão é dela. Se atender os critérios previstos por lei é feito, se não é negado, e se for negado explicar a paciente o porque que foi negado. Por isso acredito que seja importante que ela saiba que é um direito e que ela conheça todo o processo que ocorre para que seja feita interrupção, porque se tiver sido negado ou não ela vai estar sabendo o porque foi e o porque não foi.”*

Apesar de ser um direito previsto em lei, presente no Sistema Único de Saúde, a maioria das mulheres desconhece a existência de um programa de atendimento à mulher vítima de violência sexual. Não sabem também da importância das medidas de emergência (como a anticoncepção de emergência ou a profilaxia das DST/HIV, evitando danos futuros para a saúde da mulher), bem como do direito legal à interrupção de gestação. (MACHADO; FERNANDES; OSIS; MAKUCH, 2015).

Realidade presente das mulheres que buscaram o Programa de Interrupção Prevista em Lei no HMIB, em que: *“Poucas sabem que é um direito, muitas agradecem como se tivéssemos feito um favor. As que possuem um maior conhecimento desse direito são as de nível superior, as que vêm distante, de outras cidades, do entorno, do interior, ou até mesmo da capital com nível de escolaridade inferior elas veem como um favor, não tem conhecimento do processo ou dos procedimentos e sempre agradecem, enquanto não estamos fazendo um favor, enquanto é um direito”*. (Assistente Social).

3.2 Os serviços de saúde

A inclusão de um modelo humanizado às mulheres com abortamento oferece às mulheres, aos serviços de saúde e à sociedade um novo paradigma que torne seguro, sustentável e efetivo a atenção a essas mulheres. A atenção humanizada merece uma abordagem ética e reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana como princípios norteadores, não aceitando qualquer discriminação ou restrição ao acesso à assistência à saúde. (BRASIL, 2011).

De acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde de 2011, a “Atenção humanizada ao abortamento” a atenção humanizada pressupõe o respeito aos princípios fundamentais da Bioética:

- Autonomia: direito da mulher de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida;
- Beneficência: obrigação ética de se maximizar o benefício e minimizar o dano (fazer o bem);
- Não maleficência: a ação deve sempre causar o menor prejuízo à paciente, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis de suas ações (não prejudicar);
- Justiça: o (a) profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher.

Em todos os casos de abortamento, a mulher deve ter liberdade, autonomia e autoridade ética e moral para decidir de acordo com sua vontade, afastando qualquer preconceito, estereótipos e discriminações que possam negar ou desumanizar o atendimento.

Atualmente são 65 serviços disponíveis para a realização da interrupção da gestação prevista em lei, distribuídos em 26 Estados brasileiros. (POUZA; PESSOA; CORTÊZ, 2014). No Distrito Federal temos o Programa de Interrupção Prevista em Lei (PIGL), desde 1996, localizado no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

A equipe que faz o atendimento é multiprofissional e composta de três médicos, duas psicólogas e uma assistente social. No projeto inicial do PIGL deveria haver também uma enfermeira e um anestesista, no entanto, desde sua criação nunca foram disponibilizados.

O programa recebe várias demandas, a demanda majoritária vem por meio de encaminhamentos, tanto de outros hospitais do DF que fazem os primeiros atendimentos às usuárias, como também, de outros programas, como o Programa de Atenção a Violência - PAV, que oferece auxílio médico, psicológico e social às mulheres vítimas de violência. Por esses motivos, muitos funcionários do HMIB não conhecem o programa e os procedimentos realizados, e referem-se ao PIGL muitas vezes erroneamente chamando-o de Programa Violeta ou Programa de Atenção a Violência (PAV) os quais fazem atendimento a qualquer tipo de violência, e se necessário encaminham para o PIGL.

“(...) algumas buscam os centros de saúde e lá informam que tem no HMIB, às vezes na internet também fala quem tem esse serviço no HMIB, mas geralmente buscam o Programa Violeta e não o PIGL, justamente por falta de conhecimento do programa, da existência do programa. Também pelo preconceito do tema, acaba que não tem essa divulgação do programa, para que as pessoas tenham um maior conhecimento e possam ter acesso a esse direito, ou possam buscar esse direito.” (Assistente Social).

O Serviço Social no programa se dá através do atendimento social obrigatório, no qual a Assistente Social procura saber sobre os fatos ocorridos antes, durante e depois da violência sexual, bem como o histórico social da usuária atendida, suas condições socioeconômicas, e os devidos encaminhamentos a outros programas governamentais. É cabível ao profissional, dizer as alternativas que o programa oferece, sendo elas a interrupção da gestação ou o prosseguimento da mesma, sendo possível o encaminhamento do bebê para adoção. Sendo as mulheres, livres para escolher e tomar a sua decisão.

A documentação e instrumentais utilizados pela assistente social é a entrevista social, onde se procura saber sobre a renda, escolaridade, família e a situação atual da usuária para assim traçar seu perfil social, recebendo também informações que diz respeito a todos seus direitos sociais, previdenciários, trabalhistas, etc. Na ocasião da

entrevista faz-se uma análise social onde a usuária é vista na sua integralidade, verificando-se assim, se participa de algum programa social, se tem acompanhamento de outros setores do hospital, qual é a sua situação socioeconômica e familiar, grau de escolaridade.

Apesar do objetivo central do programa ser o abortamento, é de fundamental importância entender as diversas determinações históricas, estruturais e conjunturais que estão presentes na vida dessas mulheres. Essas determinações fazem parte da dimensão técnica operativa do Serviço Social, pois o assistente social atua a partir da realidade social e conseqüentemente na questão social. Somente a partir do entendimento dessa realidade social que se pode intervir.

Para os profissionais de serviço social: prestar apoio emocional e imediato e fazer os devidos encaminhamentos, reforçar a importância da mulher respeitando o estado emocional em que se encontra, identificar as reações do grupo social (família, amigos) em que está inserida, conversar sobre gravidez, aborto inseguro, menstruação, saúde reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos. (BRASIL, 2011).

A falta de divulgação e conhecimento do programa por parte da sociedade e principalmente das mulheres que são vítimas de violência sexual, ainda é resultado de preconceitos e discriminações, durante a entrevista a assistente social afirma: *“Se tivesse uma divulgação do programa, se todo mundo conhecesse, visto como direito e não com preconceito, seria mais fácil o acesso a esse direito, mas como não, tem o preconceito, a falta de divulgação, tudo isso acaba fazendo com que muitos ainda desconhecem e não procurem o programa e procurem fazer por conta própria, correndo riscos”*.

A necessidade de uma atenção especializada é imprescindível, devido à dificuldade das mulheres em reconhecer possíveis sinais de complicação, juntamente com a vergonha e o medo, retardando a busca de ajuda. Com isso, se faz ainda mais presente a necessidade de superar o preconceito e a desumanização dos atendimentos, sendo essa uma realidade em muitos serviços de saúdes públicos no Brasil. (BRASIL, 2011).

3.3 Pós-abortamento

Apesar do aborto ter sido sentido pelas mulheres como a melhor solução para as suas vidas, também foi momento de ambivalência, vivenciado de maneira dolorosa e que demandou elaboração emocional para se tornar mais aceitável pelas próprias mulheres, experiências estas que também foram relatadas em outros estudos realizados com abortamento induzido. (MACHADO; FERNANDES; OSIS; MAKUCH, 2015).

O pós-abortamento é o período mais difícil para as mulheres, as dores tanto físicas quanto psicológicas se tornam ainda mais frequentes. Estudos com profissionais da saúde que atuam em serviços de interrupção da gestação mostraram que em muitas situações o profissional sente-se despreparado emocional e tecnicamente para lidar com estes casos. (MACHADO; FERNANDES; OSIS; MAKUCH, 2015). Dificultando assim a recuperação física e emocional dessas mulheres.

No que se diz respeito à responsabilização da interrupção da gestação, “a maioria se sente julgada, principalmente por parte de alguns profissionais e mais ainda por aqueles que não fazem parte do programa, quando elas vão fazer o procedimento, o pessoal da enfermagem, alguns médicos e até mesmo os médicos que fazem as ecografias, acabam julgando ali e se recusam a fazer porque é paciente do programa. No centro obstétrico já, tentam convencer a não fazer, por questões religiosas, começa a falar com a paciente. E depois quando ela faz a interrupção e vai para outro setor para a recuperação, as vezes as outras pacientes também questionam e julgam. E acho que é por isso que elas tem o receio de contar, a vergonha, isso não só em família, mas perante a sociedade em geral, até no atendimento, dentro do hospital, em um hospital que é referência, mas que no entanto não é divulgado, tem muitos profissionais que tem preconceito a respeito do tema.” (Assistente Social).

Após o abortamento, pouquíssimas mulheres retornam para os acompanhamentos indicados pelo programa “(...) algumas, bem poucas, retornam, outras não retornam para algum atendimento ou acompanhamento psicológico ou social. Não mantêm contato, elas fazem e não voltam. Mais por querer esquecer, não manter vínculo com o programa. Raríssimas retornaram para algum acompanhamento, as vezes para um retorno médico, por alguma complicação, alguma necessidade de

medicamento, só pra avaliação médica, mas as vezes nem pro atendimento médico voltam, ou seja, se elas não sentirem nada, se estiverem bem, não retornam mais.”(Assistente Social).

O padrão das relações de gênero em nossa sociedade tende a responsabilizar a mulher que sofre violência sexual como provocadora/culpada desta situação, em vista de algum comportamento ou atitude classificada como imprópria. (MACHADO; FERNANDES; OSIS; MAKUCH, 2015). “(...) *acaba que algumas se sentem culpadas, se sentem envergonhadas, não contam pra família, não contam pra ninguém. Não são todas, mas algumas transmitiram, expressaram se sentir culpadas, por ter ido a tal festa ou por ter se exposto de alguma forma. E na verdade não é culpa delas, seja a roupa, ou a festa ou qualquer outro lugar que tenha ocorrido.*” (Assistente Social).

Compreender que estas mulheres estão em pleno exercício de seu direito, sem sofrer qualquer tipo de preconceito e discriminação por parte da sociedade é um avanço a ser alcançado. Os aspectos culturais, religiosos e morais, não devem ser considerados como fatos discriminatórios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa centrou-se na análise da percepção do profissional de Serviço Social acerca das mulheres que engravidaram decorrente de violência sexual sobre o direito a interrupção da gestação. Analisando pela ótica do Serviço Social, percebemos os determinantes sociais da violência sexual que, no Brasil, envolvem questões de classe, gênero e cor, tornando imprescindível a inserção de assistentes sociais no campo da saúde da mulher, quer seja nos espaços de formulação de políticas públicas, ou nos serviços de atenção à saúde.

Por sua vez, a pesquisa nos mostrou a falta de (re)conhecimento por parte das mulheres vítimas de violência sexual sobre o seus direitos reprodutivos, principalmente no direito a interrupção legal da gestação. A grande maioria dessas mulheres não acredita estar em pleno exercício de seus direitos, levando a efetivação desse direito para o lado da caridade, como se tivessem a realizado um favor.

O abortamento representa um grave problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, incluindo o Brasil. (BRASIL, 2011). Apesar disso, ainda há um grande estigma sobre as mulheres que realizam a interrupção legal da gestação, levando até mesmo nos Programas de Interrupção da Gestação Prevista em Lei, a figura da mulher como detentora da verdade. Diniz, Dios, Mastrella e Madeiro no artigo “A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil” afirmam:

“É como uma figura detentora da verdade que a mulher é inquirida pelas equipes – e não imediatamente como uma vítima detentora de um direito. Seu sofrimento move a compaixão, mas também aciona táticas de saber para a investigação da verdade. A mulher se transformará em vítima se aprovada nos testes de verificação a que se submeterá. Uma explicação para esse regime investigativo é o caráter de exceção da lei punitiva: mesmo aqueles que reconhecem o direito ao aborto sentem-se pressionados, pelo estigma imposto aos serviços, pela ameaça persecutória e pela moral hegemônica do aborto como um ato violador, a atualizar táticas e práticas periciais.” (BRASIL, 2014).

Por meio desta pesquisa, foi possível expor a intervenção do Serviço Social nos Programas de Interrupção da Gestação Prevista em Lei, onde a atuação centra-se na garantia e ampliação dos direitos às mulheres vítimas de violência sexual. A entrevista com a assistente social colaborou para o entendimento das demandas que chegam ao

Serviço Social por meio das usuárias e de como o profissional lida com todos os desafios impostos nos próprios serviços de saúde. Bem como as percepções das mulheres vítimas de violência sexual que realizaram a interrupção legal da gestação, acerca dos seus direitos, da culpabilização/responsabilização quando realizado, bem como as implicações da violência sexual e de todos os procedimentos do abortamento na vida dessas mulheres.

É fundamental, por fim, reconhecer a necessidade de um atendimento específico e de qualidade, tanto para as mulheres vítimas de violência sexual, quanto para as mulheres que engravidaram decorrente de violência sexual. Incitando os profissionais, para que, independentemente dos seus preceitos morais e religiosos, a manter uma conduta ética, garantindo os direitos humanos e reprodutivos das mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAPIA. Abuso sexual: mitos e realidade. 3.ed. Petrópolis, RJ: Autores & Agentes Associados, 2002.

BEDONE, A. J.; FAUNDES, A.. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.2, pp. 465-469. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200024>> acesso em: [05/05/2015 às 16h30](#).

BRASIL. Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Secretaria de Políticas para as Mulheres Presidência da República. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: normas técnicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196. 1996. Brasília: CNS; 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. [Internet]. 2009. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf> acesso em: 05/05/2015 às 17h.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Política nacional de enfrentamento à violência contra mulheres. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2003b.

CAMARGO, T. M. C. R. de.. O movimento feminista brasileiro e o enquadramento interpretativo do aborto. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2011.

DEMO, P., 1985. Metodologia científica em ciências sociais. São Paulo, Atlas.

DINIZ, D.; DIOS, V. C.; MASTRELLA, M.; MADEIRO, A. P.. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Rev. Bioét.* 2014, vol.22, n.2, pp. 291-298. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222010>> acesso em: 05/05/2015 às 18h30.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010. Disponível: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700002&lang=pt&tlng> acesso em: 05/05/2015 às 19h.

DREZETT, J.. Violência sexual e aspectos éticos. In: *Cadernos de ética em ginecologia e obstetrícia.* São Paulo. Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2002.

DREZETT, J.; PEDROSO, D.. Aborto e violência sexual. *Cienc. Cult.* [online]. 2012, vol.64, n.2, pp. 35-38. ISSN 0009-6725.

FAUNDES, 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. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2006, vol.28, n.2, pp. 126-135. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006000200009>> acesso em: 06/05/2015 às 16h30.

GESSE, C. M. C.; AQUOTTI, M. V. F.. As consequências físicas e psíquicas da violência no crime de estupro e no de atentado violento ao pudor. *ETIC – Encontro de iniciação científica* - Vol. 4, Nº 4 (2008).

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R.. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. São Paulo, Cortez, 1983.

IAMAMOTO, M. V.. *O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas*. Fortaleza, CRESS – CE, Debate n. 6, 1997.

IAMAMOTO, M. V.. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo, Cortez: 1998.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R.. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. São Paulo, Cortez, 1983.

LISBOA, T. K.; PINHEIRO, E. A.. A intervenção do Serviço Social junto à questão da violência contra a mulher. *Katálisis* v. 8 n. 2 jul./dez. 2005 Florianópolis SC.

MACHADO, C. L.; FERNANDES, A. M. dos S.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y.. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. *Cad. Saúde Pública*. 2015, vol.31, n.2, pp. 345-353. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00051714>> acesso em: 06/05/2015 às 18h.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L.. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, suppl.2, pp. s193-s204. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400002>> acesso em: 07/05/2015 às 20h30.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NESP (Núcleo de Estudos de Saúde Pública), 1998. *Aborto Legal: As Barreiras Enfrentadas pelas Mulheres Vítimas de Estupro no Distrito Federal. Relatório Final*. Brasília: NESP, Universidade de Brasília.

OLIVEIRA, E. M.. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.39, n.3, pp. 376-382. Disponível:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300007>> acesso em: 10/06/2015 às 15:30.

POUZA, A. B.; PESSOA, G. S.; CORTÊZ, N.. Dor em dobro. Agência de Reportagem e Jornalismo Investigativo [online]. 2014. Disponível: <<http://apublica.org/2014/05/dor-em-dobro-2/>> Acesso em: 11/06/2015 às 14h45.

REIS, J. N. dos; MARTIN, C. C. S.; FERRIANI, M. das G. C.. Mulheres vítimas de violência sexual: meios coercitivos e produção de lesões não-genitais. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.2, pp. 465-473. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200014>> acesso em: 20/10/2015 às 19h30.

SALES, R. de P.. Relatório Final de Estágio. Brasília, 2014.

SANTOS, S. M. de M.. O CFESS na defesa das condições de trabalho e do projeto ético-político profissional. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 104, p. 695-714, out./dez. 2010.

SANTOS, V. C.; ANJOS, K. F. dos; SOUZAS, R.; EUGENIO, B. G.. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. *Rev. Bioét.* [online]. 2013, vol.21, n.3, pp. 494-508. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300014>> acesso em: 11/06/2015 às 15h.

SILVA, E. L. da. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação/Edna Lúcia da Silva, Estera Muszkat Menezes. – 4. ed. rev. atual. – Florianópolis: UFSC, 2005. 138p.

SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Caderno de Saúde Pública*, vol.19 n.2, 2003.

SUÁREZ, M.; BANDEIRA, L.. Violência, gênero e crime no Distrito Federal. Brasília: Ed. UNB, 1999.

TELES, V. da S.. Questão Social: afinal do que se trata? *São Paulo em Perspectiva*, vol. 10, n. 4, out-dez/1996. p. 85-95.

VENTURA, M.. Direitos Reprodutivos no Brasil. Brasília: Fundo de População Das Nações Unidas, 2004.

APÊNDICE

1. Na sua opinião como a sociedade vê a questão da interrupção legal da gestação?
2. Qual sua opinião sobre a interrupção legal da gestação?
3. Você acredita que para as mulheres que já a realizaram, a interrupção legal da gestação é um direito? Elas já pensavam assim antes de sofrer violência sexual?
4. Após a violência sexual onde elas costumam procurar ajuda?
5. Por quais serviços retratavam passar até ser encaminhado ao PIGL?
6. (Quando não passam por nenhum serviço anterior ao PIGL) Como ficam sabendo do programa?
7. Como as mulheres se sentem após o aborto?
8. Em algum momento elas sentiram responsabilizadas pela violência sexual sofrida?
9. Sentiram-se julgada, em algum momento, por interromper a gestação?

ANEXOS

Anexo 1

Portaria N.º _____

Institui o Programa de Interrupção Gestacional nos casos Previstos em Lei – PIGL e dá outras providências.

A Coordenação da Regional de Saúde da Asa Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas no artigo ____, item ____ do Regimento Interno em vigor desde 15 de março de 2013, CONSIDERANDO:

- **A Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o **Estatuto da Criança e do Adolescente**;
- **A Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes – **Política do SUS**;
- **A Lei nº 12.845**, de 1º de Agosto de 2013 - Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;
- **O Decreto nº 7.958**, de 13 de março de 2013, que estabelece **diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual** pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde;
- **Portaria Nº 528**, de 1º de abril de 2013 - Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- **A Portaria n.º 1508** de 1º de setembro de 2005 do Ministério da Saúde que regulamenta a assistência aos casos de Interrupção Gestacional previsto em Lei no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- **Os Princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**, elaborada em 2004 pelo Ministério da Saúde;
- **As regras e as diretrizes técnicas** do Ministério da Saúde relacionadas ao **atendimento da violência sexual e os agravos decorrentes e à atenção humanizada em situações de abortamento em vigor**, que orientam gestores e profissionais de saúde no sentido da organização de estratégias e ações em saúde;
- A Norma Técnica do Ministério da Saúde que trata da Prevenção e Tratamento dos Agravos decorrentes da Violência Sexual contra mulheres e adolescentes de 2011;
- A Resolução n.º 01/96 do Conselho de Saúde do Distrito Federal de 13 de maio de 1996, que estabelece o Hospital Materno-Infantil como hospital de referência para os casos de interrupção gestacional previstos em lei;
- A necessidade de atendimento multiprofissional especializado, eficaz e humanizado às adolescentes e mulheres demandantes;
- O direito da mulher vítima de estupro e risco materno de receber atendimento em saúde no referido procedimento;

- Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres.

Resolve

Estabelecer diretrizes, normas e atribuições para regular os procedimentos relativos à interrupção gestacional nos casos previstos em lei, tanto para os atendimentos às mulheres e adolescentes vítimas de estupro, como àquelas que estejam sob o risco de morte.

I. Da composição da equipe:

- a) A equipe do PIGL deverá ser composta por médico ginecologista, assistente social, psicólogo, enfermeiro, e técnico em enfermagem.
- b) A carga horária dos profissionais efetivos do Programa será, no mínimo, de 20 horas;
- c) O atendimento às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual consiste em: acolhimento, consultas multi e interdisciplinares, realização de exames, reuniões para discussão de casos, realização de contatos e encaminhamentos para a rede de enfrentamento à violência sexual, providências em relação à internação, acompanhamento durante a internação, e após a alta do Programa será referendado para sua área de abrangência, seguimento pós-internação, acompanhamento da família, entre outros;
- d) Além do atendimento às mulheres e às adolescentes e sua família, quando necessário, a equipe do Programa deverá realizar o registro e estatística dos atendimentos, matriciamento das demais unidades de saúde, capacitação de profissionais para a questão do atendimento às vítimas gestantes de violência e atuar na sensibilização junto a servidores e pacientes, entre outros;
- e) A equipe multidisciplinar deverá atuar de forma integrada e interdisciplinar.

II. Dos critérios para inclusão no Programa

Nos casos de violência sexual:

- a) A interrupção da gestação decorrente de estupro ocorrerá em até 20 semanas de gestação, segundo recomendações do Ministério da Saúde (Portaria 1508/2005);
- b) Nos casos de estupro, não é necessário o boletim de ocorrência para inclusão no Programa, segundo o previsto na norma técnica do Ministério da Saúde/2010.

Nos casos de risco de morte materna

- a) Nos casos de gravidez com risco de morte materna, serão necessários dois relatórios médicos da unidade de saúde que deverá conter relatório com histórico de acompanhamento da gestante, o diagnóstico e a necessidade da interrupção;
- b) O PIGL fará o acolhimento e o encaminhamento para o setor de alto risco do HMIB a fim de continuar o atendimento;

III. Dos passos para o Procedimento de Interrupção da gravidez

- a) Nos casos de gestação decorrente de violência sexual, a paciente deverá ser encaminhada à equipe do PIGL para acolhimento;
- b) No acolhimento, será coletada dada pessoais da paciente, história do episódio de estupro, data da última menstruação, idade gestacional, situação sócio-familiar (genograma e ecomapa);
- c) Imediatamente após o acolhimento, o profissional deverá encaminhar a mulher para a realização de exames que comprovem a gravidez, idade gestacional (tais exames devem ser necessariamente realizados dentro da rede do SUS);
- d) A partir do laudo de confirmação da gravidez, será marcado o atendimento médico, de enfermagem, psicológico e social nas respectivas agendas dos profissionais. Os atendimentos das diferentes áreas deverão ser marcados observando-se as necessidades socioeconômicas da paciente, visando evitar múltiplos deslocamentos ao hospital, em caso de dificuldades financeiro-sociais, e ainda a revitimização;
- e) No atendimento médico deverá ser feita anamnese junto à paciente e também avaliação e análise dos exames. Tais informações devem ser registradas em prontuário. Deverão ainda ser feitos os devidos esclarecimentos quanto ao procedimento, informando sobre o método que poderá ser utilizado bem como os riscos nele existentes;
- f) Após a realização dos atendimentos médico, de enfermagem, social e psicológico, serão realizadas reuniões de equipe multidisciplinar com intuito de discutir e consolidar o parecer da equipe para o caso;
- g) No caso da paciente não estar dentro dos critérios recomendados pelo Ministério da Saúde para o procedimento e entendo-se que a gestação não é decorrente de estupro, a equipe deverá marcar atendimento para informar sobre impossibilidade da realização do procedimento. Na ocasião deverão ser realizados os encaminhamentos aos demais recursos da rede, para acompanhamento;
- h) Após reunião multidisciplinar e parecer positivo para o procedimento, a paciente deverá ser devidamente informada sobre as questões e implicações legais contidas nos formulários do Ministério da Saúde e o seu preenchimento e novamente esclarecida sobre o procedimento e o método utilizado para a interrupção;
- i) No caso de confirmação de gravidez decorrente de estupro, mas que não esteja dentro do prazo para realização do procedimento, a mulher ou adolescente terá direito a pré-natal e acompanhamento psicossocial, respeitada a autonomia da mulher para adesão aos atendimentos;
- j) No caso de interrupção da gravidez, a equipe deverá programar internação da paciente e providenciar a documentação necessária, a saber prontuário, declarações assinadas pela paciente ou pelo representante legal em casos de adolescente, atas das reuniões, ecografia da rede do SUS, pedidos de exames e os pareceres médico, psicológico e social;

- k) Após internação da paciente, o médico procederá ao atendimento conforme o previsto na Norma Técnica do Ministério da Saúde;
- l) A alta hospitalar, bem como os procedimentos acima citados, ficará a cargo do médico do PIGL responsável pelo caso, devendo este estar disponível para quaisquer emergências ou complicações;
- m) No momento da alta hospitalar, deverá ser marcada ecografia e retorno pós-procedimento, no sentido de acompanhar a recuperação da paciente.

Anexo 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

A Senhora está sendo convidada a participar do projeto: O direito a interrupção da gestação sob o olhar do Serviço Social.

O nosso objetivo é analisar a percepção do profissional de Serviço Social acerca das mulheres que engravidaram decorrentes de violência sexual sobre o direito à interrupção da gestação.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação será através de entrevista que você participará em local definido previamente. Na data combinada com um tempo estimado para sua participação de: 1 hora. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder as questões da entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-las. Informamos que a Senhora pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora.

Os resultados da pesquisa serão entregues para a participante via email ou impresso. Os resultados podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Ana Beatriz Camilo, por telefone: (61)82944240. Caso a participante entenda como necessário, poderá ser agendado um horário na Universidade de Brasília- Campus Darcy Ribeiro.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____.

Anexo 3

PORTARIA Nº 485, DE 1º DE ABRIL DE 2014

Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art.87 da Constituição, e

Considerando o art. 227 da Constituição, que dispõe sobre o dever da família, da sociedade e do Estado de assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão;

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS;

Considerando a Portaria nº 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001, que aprova, na forma do anexo, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;

Considerando a Portaria nº 1.968/GM/MS, de 25 de outubro de 2001, que dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS;

Considerando a Portaria nº 2.406/GM/MS, de 5 de novembro de 2004, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação;

Considerando a Portaria nº 1.508/GM/MS, de 1º de setembro de 2005, que dispõe sobre o procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 1.944/GM/MS, de 27 de agosto de 2009, que institui no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 104/GM/MS, de 25 de janeiro de 2011, que define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde;

Considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha; Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de

2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS;

Considerando os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, elaborada em 2004 pelo Ministério da Saúde;

Considerando a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, elaborada em 2010 pelo Ministério da Saúde;

Considerando a intersetorialidade entre as políticas de saúde e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e o Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra a Mulher em vigor da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR);

Considerando as regras e as diretrizes técnicas do Ministério da Saúde relacionadas ao atendimento da violência sexual e os agravos decorrentes e à atenção

humanizada em situações de abortamento em vigor, que orientam gestores e profissionais de saúde no sentido da organização de estratégias e ações em saúde;

Considerando a necessidade de adequar o Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) às políticas de saúde vigentes; e

Considerando as contribuições da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) ao Ministério da Saúde, resolve:

Art. 1º Esta Portaria redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS integra as redes intersetoriais de enfrentamento da violência contra mulheres, homens, crianças, adolescentes e pessoas idosas e tem como funções precípua preservar a vida, ofertar atenção integral em saúde e fomentar o cuidado em rede.

Art. 3º O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual poderá ser organizado em todos os estabelecimentos de saúde integrantes do SUS, conforme as especificidades e atribuições de cada estabelecimento.

Art. 4º O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual poderá abranger as seguintes classificações: I - Serviço de Referência para Atenção Integral às Mulheres em Situação de Violência Sexual;

II - Serviço de Referência para Atenção Integral a Adolescentes em Situação de Violência Sexual;

III - Serviço de Referência para Atenção Integral às Crianças em Situação de Violência Sexual;

IV - Serviço de Referência para Atenção Integral aos Homens em Situação de Violência Sexual;

V - Serviço de Referência para Atenção Integral às Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual;

VI - Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei; e

VII - Serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual.

§ 1º Os Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em situação de violência sexual e o Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei poderão ser organizados em hospitais gerais e maternidades, prontos-socorros, Unidades de Pronto- Atendimento (UPA) e no conjunto de serviços de urgência não hospitalares.

§ 2º Os serviços ambulatoriais, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios de especialidades e outros, compõem a rede de cuidado a pessoas em situação de violência sexual, devendo realizar o atendimento conforme suas especificidades e atribuições.

Art. 5º Os Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual terão suas ações desenvolvidas em conformidade com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde, realizando:

I - acolhimento;

II - atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade;

III - escuta qualificada, propiciando ambiente de confiança e respeito;

IV - informação prévia ao paciente, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;

V - atendimento clínico;

VI - atendimento psicológico;

VII - realização de anamnese e preenchimento de prontuário onde conste, entre outras, as seguintes informações:

a) data e hora do atendimento;

b) história clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida;

c) exame físico completo, inclusive exame ginecológico, se for necessário;

d) descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade

e localização específica; e

e) identificação dos profissionais que atenderam a pessoa em situação de violência;

VIII - dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas conforme as normas, regras e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde;

IX - exames laboratoriais necessários;

X - preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências;

XI - orientação e agendamento ou encaminhamento para acompanhamento clínico e psicossocial; e

XII - orientação às pessoas em situação de violência ou aos seus responsáveis a respeito de seus direitos e sobre a existência de outros serviços para atendimento a pessoas em situação de violência sexual.

§ 1º Sem prejuízo da atuação do Instituto Médico Legal (IML), os estabelecimentos de saúde poderão realizar, no âmbito dos serviços de referência dispostos no "caput", a coleta, guarda provisória, preservação e entrega de material com vestígios de violência sexual, conforme o disposto no Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013.

§ 2º Os estabelecimentos de saúde que organizarem a oferta dos serviços de referência dispostos no "caput" funcionarão em regime integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana e sem interrupção da continuidade entre os turnos, sendo de

competência do gestor local de saúde a regulação do acesso aos leitos em casos de internação.

Art. 6º O Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei terá suas ações desenvolvidas em conformidade com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde, realizando:

I - atendimento clínico, ginecológico, cirúrgico e psicossocial, contando com serviço de apoio laboratorial;

II - apoio diagnóstico e assistência farmacêutica; e

III - coleta e guarda de material genético.

Parágrafo único. Os estabelecimentos de saúde que organizarem a oferta do serviço de referência disposto no "caput" funcionarão em regime integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana e sem interrupção da continuidade entre os turnos, sendo de competência do gestor local de saúde a regulação do acesso aos leitos em casos de internação.

Art. 7º A equipe dos Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual e do Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei possuirá a seguinte composição de referência:

I - 1 (um) médico clínico ou 1 (um) médico em especialidades cirúrgicas;

II - 1 (um) enfermeiro;

III - 1 (um) técnico em enfermagem;

IV - 1 (um) psicólogo;

V - 1 (um) assistente social; e

VI - 1 (um) farmacêutico.

§ 1º Equipamentos e outros materiais necessários para o funcionamento adequado dos serviços de referência deverão estar organizados e disponíveis para os profissionais em escala de atendimento, de acordo com as normas, regras e diretrizes técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

§ 2º Os serviços de referência assegurarão a continuidade do cuidado e do acompanhamento, incluindo-se a realização dos exames regulares, de acordo com os protocolos clínicos e diretrizes técnicas em vigor.

Art. 8º Os Serviços de Referência para Atenção Integral a Adolescentes e às Crianças em Situação de Violência Sexual comunicarão imediatamente ao Conselho Tutelar da respectiva localidade a suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente, de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

Art. 9º O Serviço de Referência para Atenção Integral às Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual subsidiará com informações à rede intersetorial de serviços de saúde e assistência social de que trata a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso).

Art. 10. Os serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual deverão oferecer acolhimento, atendimento humanizado e multidisciplinar e encaminhamento, sempre que necessário, aos serviços referência na Saúde, serviços de assistência social ou de outras políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência e órgãos e entidades de defesa de direitos.

Parágrafo único. Os medicamentos para profilaxias indicadas, inclusive anticoncepção de emergência, deverão ser dispensados e administrados nos serviços ambulatoriais às vítimas de violência sexual.

Art. 11. O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual em suas diversas classificações realizará a notificação compulsória das situações atendidas através da Ficha de Notificação/ Investigação Individual de Violências Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, disponível no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Art. 12. O monitoramento e a avaliação do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual em suas diversas classificações constituem responsabilidade do Ministério da Saúde e das respectivas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

§ 1º O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES/SAS/MS), em parceria com demais áreas do Ministério da Saúde, estabelecerá em conjunto com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, o apoio técnico para a implementação, o monitoramento e a

avaliação do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual em suas diversas classificações.

§ 2º O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios desenvolverão mecanismos de informação e comunicação à população sobre os endereços em que estejam situados os Serviços de Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, de acordo com os dados registrados no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Art. 13. Compete ao Ministério da Saúde:

I - financiar, de acordo com a sua disponibilidade orçamentária e financeira, a adequação dos espaços físicos, equipamentos e insumos para atendimento às pessoas em situação de violência sexual com coleta de informações e vestígios;

II - criar procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS para atendimento multiprofissional e interdisciplinar às vítimas de violência sexual em serviços de referência; e

III - cofinanciar as ações de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual.

Art. 14. Compete às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

I - adotar as providências necessárias para a organização do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual em suas diversas classificações;

II - orientar o cadastramento dos estabelecimentos de saúde no SCNES, de acordo com as classificações descritas no anexo;

III - estabelecer fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência entre os serviços, de forma que o acesso seja ampliado e o atendimento adequado e humanizado, observada a organização das redes regionalizadas de atenção;

IV - realizar o acompanhamento, o controle e a avaliação das ações e serviços para o fortalecimento das políticas de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em parceria com o Ministério da Saúde; e

V - implementar ações e estratégias de apoio intersetorial ao enfrentamento da violência sexual previstas nas normas, regras e diretrizes técnicas para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual em vigor, incluindo-se:

a) a qualificação periódica de equipes multiprofissionais;

b) o desenvolvimento de mecanismos de supervisão, apoio técnico e incorporação de tecnologias que favoreçam a qualificação e expansão do número de Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, de acordo com as potencialidades regionais e locais; e

c) a articulação dos diversos serviços de saúde a outros recursos públicos no sentido de garantir o acesso, o cuidado e os encaminhamentos necessários para a proteção, defesa de direitos e responsabilização das pessoas que cometem violências.

Art. 15. Caberá ao Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, tornar pública, inclusive no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, a relação de estabelecimentos de saúde que atenderão pessoas em situação de violência sexual no âmbito do SUS, de acordo com suas especificidades.

Art. 16. Fica incluído na Tabela de Serviços/Classificação do SCNES o Serviço Especializado 165 - SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL e suas classificações, nos termos do anexo a esta Portaria.

Art. 17. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 18. Fica revogada a Portaria nº 528/GM/MS, de 1º de abril de 2013, publicada no Diário Oficial da União nº 62, Seção 1, do dia seguinte, p. 41.

ARTHUR CHIORO