



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SOCIOECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

JULIA DE SOUZA DELGADO

**SERVIÇO SOCIAL E INTERRUÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO DECORRENTE  
DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Florianópolis/SC

2017

JULIA DE SOUZA DELGADO

**SERVIÇO SOCIAL E INTERRUÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO DECORRENTE  
DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Serviço Social da Universidade  
Federal de Santa Catarina para  
obtenção do título de Bacharel em  
Serviço Social.

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Keli Regina Dal Prá

Florianópolis/SC

2017

JULIA DE SOUZA DELGADO

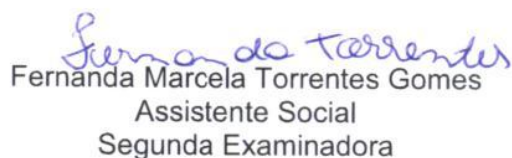
**SERVIÇO SOCIAL E INTERRUÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO DECORRENTE  
DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social do Departamento de Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina.

Banca examinadora:

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Keli Regina Dal Prá  
Departamento de Serviço Social  
Orientadora

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Liliâne Moser  
Departamento de Serviço Social  
Primeira Examinadora

  
Fernanda Marcela Torrentes Gomes  
Assistente Social  
Segunda Examinadora

Florianópolis, 05 de dezembro de 2017.

“Liberdade pra mim é isto: não ter medo.”  
Nina Simone

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus familiares, especialmente minha mãe Tina, meu pai Aldo e minha madrasta Regina, por todo esforço e apoio a minha educação; aos meus irmãos Fernanda e Pedro pela parceria de sempre e boas risadas, e aos fofinhos Anita e Bruno pelo companheirismo cotidiano incansável e amor incondicional. Não há palavras suficientes para expressar a minha gratidão.

Aos amigos e amigas: Bruna, Fernanda e Maria Luiza pela amizade e aprendizado da trilha acadêmica para a vida; Rafaela, Diogo, Bruninho, Simone, Letícia, Laís, Belisa, Luíza e Eduardo pelo acolhimento nessa minha segunda família; Fabiana, Khaled, Rafaella, Analú, Glauco, Téo e Lucas pelos queridos encontros, ainda que cada vez mais espaçados e, finalmente, as minhas outras irmãs Gabriela, Gabrielle, Luiza e Milena, pois sem vocês não sei o que seria de mim. Vocês são a minha história a qualquer tempo; vocês são o meu porto seguro.

Sempre penso no que fez com que meu caminho me guiasse até aqui e sem dúvida fui orientada por inteligentes e corajosos professores e professoras nas escolas onde estive. Portanto, agradeço àqueles que passaram pelo meu caminho no Instituto Estadual de Educação e Instituto Federal de Santa Catarina; é por toda sabedoria compartilhada por vocês que escolhi uma profissão que objetiva uma verdadeira e profunda transformação da sociedade. Muito obrigada.

Agradeço aos professores e professoras do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, principalmente a Professora Keli, pelo conhecimento e persistência aplicados em minha graduação, e às assistentes sociais que cooperaram gentilmente e de maneira tão engrandecedora para a construção deste trabalho. Sou muito grata e tenho muito orgulho por tudo que este curso me proporcionou.

Finalmente, agradeço ao *rap* e aos movimentos sociais pela enorme contribuição na construção do meu caráter e dos meus valores desde a adolescência; é na resistência de vocês que busco luz para os dias em que a realidade parece mostrar apenas a sua pior face. Tenho esperança em poder retribuir de maneira positiva, significativa e ampla todo o amor que enxergo em sua rebeldia.

## RESUMO

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) analisa o processo de intervenção do Serviço Social no contexto de Interrupção Legal da Gestação (ILG) decorrente de situações de violência sexual. A partir da revisão de literatura abordaram-se os conceitos de direitos e violências, bem como aborto e ILG, especialmente perante a legislação brasileira. O estudo, de natureza qualitativa, foi desenvolvido a partir de pesquisa de campo com entrevistas semiestruturadas realizadas com três assistentes sociais de duas diferentes instituições hospitalares referência na atenção à mulher vítima de violência sexual. Retrata, analisa e reflete acerca de questões pertinentes ao processo que envolve o atendimento à demanda de ILG decorrente de situações de violência sexual. Constata principalmente dificuldades no trabalho em equipe multidisciplinar decorrente da resistência conservadora presente na sociedade como um todo e no meio médico. Verifica que apesar dos obstáculos as assistentes sociais entrevistadas atuam em consonância com as orientações legais da área da saúde no que concerne a violência sexual e os princípios fundamentais do Serviço Social, principalmente na luta pela garantia dos direitos das mulheres.

**Palavras chaves:** Serviço Social. Interrupção legal da gestação. Política pública de saúde. Aborto.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – As Leis do Aborto no Mundo 2017: visão mundial.....	33
Figura 2 – As Leis do Aborto no Mundo 2017: América Latina.....	35
Figura 3 – Dados sobre a ILG no Brasil.....	41

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AMIU	Aspiração manual intrauterina
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
IGP	Instituto Geral de Perícias
ILG	Interrupção Legal da Gestação
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PET Saúde	Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde
RAIVS	Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2. SEÇÃO 1: ABORTO E INTERRUÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO NO BRASIL: QUE PROBLEMA É ESSE? .....</b>	<b>14</b>
2.1 Direitos e violências .....	14
2.2 Aborto e interrupção legal da gestação .....	32
<b>3. SEÇÃO 2: SERVIÇO SOCIAL E INTERRUÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO DECORRENTE DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL .....</b>	<b>43</b>
3.1 Parâmetros, atendimento e experiências .....	43
3.2 Análise e reflexões sobre a ILG a partir do Serviço Social .....	64
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE 1: TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICE 2: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – ASSISTENTES SOCIAIS .....</b>	<b>84</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Trata-se o presente documento do Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), cujo objeto é analisar o processo de intervenção de profissionais de Serviço Social em instituições hospitalares no atendimento a mulheres que buscam a interrupção legal da gestação decorrente especificamente de situações de violência sexual.

A aproximação com o tema se deu de diversas formas. Primeiro, pela experiência no Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde (PET Saúde) pelo período de quatro semestres e estágio no Centro de Saúde Saco Grande em Florianópolis/SC pelo período de dois semestres. Segundo, a partir da vivência e construção social enquanto mulher, autorreconhecida como trabalhadora e inquieta frente às cotidianas questões de gênero e violência.

Os direitos reprodutivos e sexuais são Direitos Humanos reconhecidos legalmente pela sociedade brasileira e internacional e tratam sobre o respeito à liberdade reprodutiva dos indivíduos e liberdade em exercer a sexualidade sem imposições, discriminações ou violências.

Considerando as disputas ideológicas no campo dos direitos reprodutivos e sexuais tensionadas entre setores conservadores da sociedade, como organizações religiosas, e grupos que lutam por igualdade de direitos, como os movimentos de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros e os grupos feministas, entende-se que a análise e reflexão acerca do tema deste trabalho são de grande importância na atualidade, especialmente no que diz respeito às políticas públicas na área da saúde no Brasil.

Conforme Madeiro e Diniz (2015), entre os anos de 2013 e 2015 foram realizados 1.283 abortos legais no Brasil. Isto é, abortos em condições autorizadas pela lei<sup>1</sup> realizados por profissionais em ambientes hospitalares.

Segundo a “Pesquisa Nacional de Aborto 2016” (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016), aproximadamente 416 mil mulheres abortaram somente em 2015 (abortos legais ou voluntários) e dois terços destas foram internadas para finalizar o procedimento. Para o ano de 2016, estima-se que aos 40 anos de

---

<sup>1</sup> Em casos de anencefalia do feto, risco de vida para a mulher ou interrupção da gestação decorrente de situações de violência sexual (BRASIL, 1940).

idade uma a cada cinco mulheres brasileiras já tenha realizado pelo menos um aborto em sua vida.

Portanto, de acordo com estes dados, independente das ideologias que disputam em torno do tema, o aborto no Brasil é procedimento realizado clandestinamente em larga escala; provavelmente fora de ambientes sanitários satisfatórios e sem acompanhamento de profissionais, realização de exames e prescrição de medicamentos necessários à vida e ao conforto psicológico destas mulheres.

Entende-se, então, que, mesmo quando ilegal ao ser realizado de forma voluntária, o aborto é integrante do cotidiano de muitas mulheres que em vez de receberem apoio adequado do Estado, tendo este como um procedimento de livre acesso garantido por lei, pelo contrário, ainda sofrem o risco de serem punidas de acordo com o Código Penal brasileiro com detenção de um a três anos (BRASIL, 1940), dentre outros riscos como a infertilidade, sequelas psicológicas, danos físicos e a morte.

A relação de poder e a sobreposição do gênero masculino<sup>2</sup> sobre o feminino perpassam a história em arranjos sociais que divergiram e ainda divergem em vários aspectos, mas que geralmente possuem uma mesma característica em comum, apresentada sob diversas formas. Tal sobreposição está pautada em instrumentos de dominação que utilizam a violência para a manutenção das relações assimétricas entre homens e mulheres, por exemplo. Assim, nesse contexto de violência de gênero, a violência sexual não é apenas uma forma de agressão física, mas também de demonstração e abuso de poder vigente em nossa sociedade.

Não obstante disso, o que se tem disseminado ao longo dos tempos é a banalização da violência, da “objetificação” da mulher por meio de imagens publicitárias, da “romantização” do sexo sem consentimento em livros, filmes, novelas e seriados, do menosprezo ao sofrimento e da “culpabilização” da vítima ao se duvidar e/ou relativizar o relato da violência sofrida e constatada. Essas

---

<sup>2</sup> Este indivíduo do gênero masculino ao qual se refere o presente trabalho está situado de forma bastante localizada: ele é o homem branco, culto, cristão, heterossexual e cisgênero cujo “padrão de ser humano” advém do pensamento europeu que coloca a si e a seus sujeitos como centro da história da humanidade e da modernidade (SILVA, 2017 apud LANDER, 2005).

são algumas características da “cultura do estupro” de acordo com Burigo (2016).

Pertencentes a essa cultura, as noções religiosas e morais acerca do “ciclo natural” ou “dom da maternidade” são aspectos que compõem um cenário bastante complexo para análise e reflexão acerca da gestação e sua possível interrupção, mesmo que decorrente de situações de violência sexual e, portanto, autorizada perante a legislação brasileira.

As dificuldades para discussão, criação de mecanismos legais e políticas públicas para a livre interrupção legal da gestação são inúmeras. No Brasil, diante da situação de violência sexual e hipótese da mulher desejar interromper a gestação, a saúde pública dispõe de um processo para este fim. Trata-se, portanto, de analisar situações reais do cotidiano concreto das mulheres e, neste caso, de profissionais que as atendem.

Sendo assim, a título introdutório deste trabalho, faz-se necessário discorrer brevemente acerca do Serviço Social no contexto da saúde brasileira a fim de situar o recorte de pesquisa escolhido.

A década de 1980 traz consigo o fim da ditadura e início do processo de redemocratização do país. Na área da saúde o Movimento de Reforma Sanitária, nascido ainda na década anterior, foi o grande protagonista das reflexões e pautas que marcaram sua trajetória até a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Suas propostas, principalmente no que concerne o direito universal à saúde, estabeleceram a base para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988.

Netto (2009) afirma que é entre as décadas de 1960 e 1980 que o Serviço Social passa por um momento de intenção de ruptura com o conservadorismo da profissão e através da terceira vertente do seu Movimento de Reconceituação acaba por identificar-se hegemonicamente com a corrente marxista do pensamento crítico, ainda que trazida por interpretação de outros autores cujas publicações foram as disponíveis à época da ditadura. Logo depois, em 1986 é publicado um novo Código de Ética profissional e em 1993 torna-se pública a sua versão mais atual e vigente, em consonância com a Lei n.º 8.662 do mesmo ano que dispõe sobre a profissão.

Desde a década de 1990, com o êxito da política neoliberal no Brasil, a disputa pela implementação e efetivação da saúde pública *versus* o projeto de

política de saúde privatista merece a atenção de usuários, profissionais e gestores. Sendo a área da saúde o campo que historicamente mais emprega assistentes sociais (BRAVO et. al., 2012), este é sem dúvida um importantíssimo espaço de atuação para o Serviço Social<sup>3</sup>.

O procedimento de interrupção da gestação no âmbito do SUS, justificado e autorizado pela Portaria n.º 1.508 de 1º de setembro de 2005, é composto de quatro fases, sendo estas:

Art. 3º A primeira fase é constituída pelo relato circunstanciado do evento, realizado pela própria gestante, perante dois profissionais de saúde do serviço. (...)

Art. 4º A segunda fase dá-se com a intervenção do médico que emitirá parecer técnico após detalhada anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e dos demais exames complementares que porventura houver.

§ 1º Paralelamente, a mulher receberá atenção e avaliação especializada por parte da equipe de saúde multiprofissional, que anotará suas avaliações em documentos específicos.

§ 2º Três integrantes, no mínimo, da equipe de saúde multiprofissional subscreverão o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez, não podendo haver desconformidade com a conclusão do parecer técnico.

§ 3º A equipe de saúde multiprofissional deve ser composta, no mínimo, por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo.

Art. 5º A terceira fase verifica-se com a assinatura da gestante no Termo de Responsabilidade ou, se for incapaz, também de seu representante legal (...).

Art. 6º A quarta fase se encerra com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (...) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, s/p).

Trata-se, portanto, de um procedimento que, além de exigir a exposição sincera e espera da mulher atendida, exige também um *processo* para a sua realização em colaboração com profissionais de diversas áreas da saúde e que deverão ainda estar de acordo para sua execução. Deste modo, pode-se afirmar que a intervenção profissional do Serviço Social diante de tal demanda é bastante complexa e carece de um estudo como aqui desenvolvido.

Este trabalho é uma pesquisa qualitativa que se utiliza da metodologia de análise de documentos, revisão bibliográfica e técnicas de entrevista semiestruturada com profissionais no campo de Serviço Social atuantes na área da saúde pública. De acordo com Silveira e Córdova (2009) a pesquisa

---

<sup>3</sup> Por meio da Resolução n.º 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Resolução n.º 383/1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) a categoria de assistentes sociais é reconhecida e caracterizada como integrante da área da saúde.

qualitativa tem o objetivo de aprofundar a compreensão em um determinado fenômeno; “preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais” (SILVEIRA, CÓRDOVA, 2009, p. 32).

No mês de maio de 2017 foram realizadas duas entrevistas com assistentes sociais atuantes em instituições hospitalares de diferentes cidades de uma mesma região; uma entrevista foi concedida por uma profissional e a outra entrevista por duas outras profissionais que atuam em conjunto. O contato inicial se deu por telefone. Antes do encontro agendado foi enviado por e-mail, para ciência de cada uma, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com roteiro de perguntas<sup>4</sup>. Na data foram coletadas as assinaturas de ambas as partes, sendo uma via assinada do TCLE dada às entrevistadas e outra à entrevistadora. Em ambos os casos foi permitida a gravação de áudio para posterior transcrição e encaminhamento para revisão das participantes.

A realização deste trabalho tem início com a recuperação de um breve histórico a respeito dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais. Apresentam-se também os temas violência, violência de gênero, violência sexual, violência institucional e “cultura do estupro” por meio de artigos científicos.

Aborto e interrupção legal da gestação no mundo e no Brasil são abordados através de pesquisas em legislações e textos com essa temática, principalmente no campo do Direito e das Ciências Sociais. Em seguida, os aspectos legais acerca da interrupção legal da gestação decorrente de situações de violência no Brasil, seu contexto de criação e a atual situação do tema na agenda política do país são contextualizados com pesquisas em leis e publicações de referência na mídia brasileira.

Como objeto principal do trabalho, a intervenção de profissionais do Serviço Social no atendimento a mulheres que buscam a interrupção legal da gestação decorrente de situações de violência sexual é trazida em entrevistas com assistentes sociais de duas instituições referências neste serviço. Por fim, análises e reflexões acerca da profissão frente a esta demanda são realizadas à

---

<sup>4</sup> Apêndices 1 e 2.

luz de autoras e autores como Bravo, Matos, Lisboa, Lolatto e demais referências.

## SEÇÃO 1

### 2. ABORTO E INTERRUÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO NO BRASIL: QUE PROBLEMA É ESSE?

O objetivo da primeira seção deste trabalho é apresentar elementos que contribuam para conhecer a dimensão da questão do aborto no Brasil: conceitos de direitos e violências, dados sobre a amplitude da legislação pertinente no mundo e no Brasil, bem como a organização e conjuntura atual do Estado brasileiro frente a esta demanda.

A hipótese inicial está baseada na ideia de que os abortos provocados de maneira voluntária, decorrentes ou não de gestações concebidas por atos de violência sexual, ocorrem em maior escala do que a expectativa presente no cenário público, ou seja, daquilo que é amplamente divulgado. Soma-se a esta hipótese a percepção preliminar de que aqueles abortos realizados dentro do âmbito legal, como no caso dos resultantes de estupro, ainda tem a sua legitimidade questionada, inclusive na esfera legislativa da política brasileira contemporânea.

#### 2.1 Direitos e violências

No âmbito dos Direitos Humanos, a partir da Declaração Universal de 1948, muitos documentos entendidos como acordos válidos internacionalmente vêm sendo produzidos em encontros periódicos a fim de aprofundar as definições de direitos básicos à vida humana. Tais acordos são produtos de discussões promovidas por organismos internacionais que contam com a presença de membros oficiais das nações para reflexões acerca de pautas específicas. Dois documentos elaborados nestes encontros podem ser utilizados como exemplo de concepções que mudaram a história dos direitos reprodutivos.

A Conferência Internacional da Organização das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo em 1994 é citada pela “Cartilha de Direitos Sexuais e Reprodutivos” do Ministério da Saúde, publicada em 2005, como um grande marco no que diz respeito ao “debate populacional ao dar prioridade às questões dos direitos humanos” (MS, 2005, p. 6). De acordo



com a Cartilha, na CIPD de 1994, os **direitos reprodutivos** foram definidos como aqueles que

se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (MS, 2005, p. 7).

Ventura (2009) pontua outro momento marcante para a trajetória dos direitos reprodutivos reconhecidos como parte indissociável dos direitos humanos. Produzido na IV Conferência Mundial da Mulher, realizada no ano de 1995 em Pequim, o documento produto deste encontro

Enfatiza a importância de garantir os direitos de autonomia e autodeterminação, igualdade e segurança sexual e reprodutiva das mulheres - que afetam diretamente sua saúde sexual e reprodutiva - como determinantes para a efetivação dos Direitos Reprodutivos para o segmento feminino. No plano jurídico-normativo, recomenda aos países, que adotem todas as medidas efetivas para a redução do número de abortos, por meio da ampliação ao acesso ao aborto seguro nos casos que a legislação local permitir, e também, ao acesso aos métodos e informações sobre contracepção. Além destas medidas imediatas, o documento exige que os países busquem discutir e proceder a uma revisão nas leis que punem as mulheres que praticam abortos não permitidos por lei, considerando o grave problema de saúde pública representado na prática de abortos ilegais e inseguros (VENTURA, 2009, p. 37).

Sob a perspectiva de Ávila (2003) encontra-se um importante ponto de partida para o entendimento inicial a respeito dos **direitos sexuais**. Sendo historicamente a heterossexualidade tida como o “padrão comum” da prática sexual, principalmente pela justificativa da reprodução humana, ao questionar-se essa definição tem-se também um confronto ideológico produto desta, que diz respeito à luta pela liberdade do exercício sexual. Tal luta é a pauta de diversos movimentos sociais, como os movimentos pelos direitos de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros e os movimentos feministas.

O campo de disputa dos direitos sexuais e reprodutivos para todos os grupos sociais tem suas particularidades. Na perspectiva das mulheres, segundo Ávila (2003), uma das pautas específicas que mais enfrenta resistência por parte de organizações e indivíduos conservadores é a do aborto, pois envolve o

rompimento com uma cultura dentro da qual elas nunca foram sujeitas de direito em relação aos seus próprios corpos.

Compreendo que o processo de construção dos direitos reprodutivos e direitos sexuais se integra ao processo mais amplo do movimento dialético de construção da democracia. Para as mulheres, a condição de sujeito construtores de direitos, e nesse caso construtoras de direitos reprodutivos e direitos sexuais, significa romper com a heteronomia a que sempre estiveram submetidas, em relação ao uso de seus próprios corpos, uma vez que todas as regras e tabus que controlaram e reprimiram suas vivências corporais na sexualidade e na reprodução foram historicamente determinadas pelos homens. Essa repressão e esse controle do corpo e da sexualidade são elementos centrais da dominação patriarcal e da sua reprodução (ÁVILA, 2003, p. 467).

Em contraposição aos conceitos da área de Direitos Humanos, faz-se necessário lembrar também a definição de **violência** (e suas expressões ou simplesmente *violências*) para que esta possa ser reconhecida e denunciada no cotidiano do exercício profissional em Serviço Social<sup>5</sup>. Chauí conceitua violência como

(...) um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, intimidação, pelo medo e pelo terror. A violência se opõe à ética porque trata seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade como se fossem coisas, isto é, irracionais, insensíveis, mudos, inertes ou passivos (CHAUÍ, 2007, p. 1).

Sob o “guarda-chuva” das diversas violências existentes muitas categorizações podem ser feitas na tentativa de melhor elucidar as suposições iniciais de uma dada percepção. No entanto, observa-se que as relações humanas e as construções sociais fazem desta tarefa um rico, porém, complexo caminho a ser percorrido, que ora parece vertical e lógico, ora apresenta uma horizontalidade imensa de elementos que influenciam de forma importante no recorte pesquisado.

---

<sup>5</sup> “Art. 13 São deveres do/a assistente social: b- denunciar, no exercício da Profissão, às entidades de organização da categoria, às autoridades e aos órgãos competentes, casos de violação da Lei e dos Direitos Humanos, quanto a: corrupção, maus tratos, torturas, ausência de condições mínimas de sobrevivência, discriminação, preconceito, abuso de autoridade individual e institucional, qualquer forma de agressão ou falta 35 Código de Ética de respeito à integridade física, social e mental do/a cidadão/cidadã” (CFESS, 2012, p. 34-35).

Assim aparenta ser o campo das violências no que diz respeito à violência de gênero, violência contra a mulher, violência sexual, violência institucional e a cultura do estupro, por exemplo. O intuito em trazer tais expressões na forma (sequência e delimitações) como estão dispostas a seguir não pretende levar as respectivas discussões ao esgotamento, mas dar destaque ao que traz sentido no contexto da *interrupção legal da gestação decorrente de situações de violência sexual*.

Segundo Grossi (201?) o conceito de gênero teria chegado ao Brasil através de pesquisadoras norte-americanas que utilizaram o termo para falar acerca das “origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e mulheres”. A autora afirma que, apesar da existência de inúmeras regras sociais, não existe uma determinação natural para o comportamento de homens e mulheres.

Os papéis de gênero atribuídos a homens e mulheres, para Grossi (201?), são nada mais que uma representação, ou seja, “tudo aquilo que é associado ao sexo biológico fêmea ou macho em determinada cultura”.

Entende-se nesse sentido que a **violência de gênero** pode ser caracterizada pela ruptura do direito de uma pessoa baseada no gênero pelo qual esta se define socialmente, ou então pelo grupo no qual está inserida a partir da ótica do indivíduo agressor. Dessa forma, esta violência não seria somente um tipo específico de atuação, como a agressão física, a tortura ou a negligência, mas também definiria um alarmante ponto de vista pelo qual o sujeito agressor compreende a vítima para contra ela praticar as violências; e é esta compreensão acerca do gênero o fator determinante da manifestação de atos violentos.

A partir desse ponto de vista, a perspectiva discriminatória de gênero é utilizada em contraposição àquilo que seria no senso comum de propriedade única da mulher enquanto “ser feminino” ou do homem enquanto “ser masculino”. Ou seja, vai de encontro ao que não estaria comumente adequado aos aspectos subjetivos/normativos relativos a: comportamento, vestimenta, grau de qualificação educacional e profissional, ocupação no mercado de trabalho, poder aquisitivo, entre outros, e principalmente em relação ao papel biológico atribuído a mulher e ao homem, no sentido de possuírem atributos físicos aos quais estariam “predestinados” (como se gênero não fosse algo

livremente determinado pela autoidentificação do sujeito, inclusive transcendendo o conceito binário feminino/masculino).

A partir dos movimentos feministas a abordagem sobre conflitos e violência na relação entre homens e mulheres, como resultante de uma estrutura de dominação, tornou-se pública (...). O feminismo tem como pressuposto ético-político denunciar um conjunto de suposições que a sociedade definiu como 'natural' (por exemplo, a heterossexualidade, a maternidade), engendram práticas opressivas e discriminatórias, causando sofrimento para as pessoas que fogem do padrão de 'normalidade' estabelecido. Os estudos feministas propõem, ainda, desconstruir os papéis impostos a homens e mulheres pela sociedade, com base na tese de que a diferença sexual é o principal fundamento da subordinação feminina (LISBOA, 2010, p. 69).

Tal discriminação de gênero em relação ao que não se encaixa no padrão convencional está disseminada em todos os aspectos da vida em sociedade e, portanto, isto é refletido nos âmbitos da família, do lazer, do trabalho, da educação, entre outros, incluindo a esfera do Estado e das políticas públicas.

A **violência contra a mulher**, tema que perpassa este trabalho, é um exemplo latente de violência de gênero persistente em nossa sociedade.

Na estrutura das diversas violências praticadas contra a mulher está a **violência sexual**, definida não somente como a penetração vaginal em um estupro, como também toda a forma de satisfação sexual do agressor que caracterize desrespeito à vontade e dignidade da vítima (SOUSA, 2017).

As mudanças do ano de 2009 na redação do Código Penal brasileiro nesse sentido contribuem para a não distinção de gênero da vítima, substituindo a palavra "mulher" por "alguém", e ampliação da abrangência de violência sexual praticada, acrescentando o termo "a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso" ao final do artigo 213 (BRASIL, 1988).

Uma vez que este trabalho tem como tema fundante a interrupção legal da gestação decorrente de situações de violência sexual, retrata-se neste estudo o estupro praticado por homem contra mulher envolvendo a fecundação como sinônimo de tais situações.

Importante esclarecer que a designação desta denominação resumida a sinônimo não categoriza como menos importante a crescente violência sexual sofrida por homens. Porém, a título de recorte para a pesquisa, é preciso que

esta definição seja feita a fim de minimamente contribuir de forma organizada para este vasto debate.

Assim como as demais violências cometidas contra a mulher, sem dúvida a violência sexual está inserida num contexto de dominação masculina. A suposta “inferioridade” da mulher e a relação poder-prazer são temas abordados por Saffioti (1987).

Segundo a autora, a ausência de fundamentação científica que comprove a superioridade do homem sobre a mulher é um indício de que a inferioridade feminina é exclusivamente social, ou seja, produzida a partir da própria sociedade. E que apesar de haver na Constituição Federal<sup>6</sup> garantia de direitos para ambos as

Estruturas de dominação não se transformam meramente através da legislação. Esta é importante, na medida em que permite a qualquer cidadão prejudicado pelas práticas discriminatórias recorrer à justiça. Todavia, enquanto perdurarem discriminações legitimadas pela ideologia dominante, especialmente contra a mulher, os próprios agentes da justiça tenderão a interpretar as ocorrências que devem julgar à luz do sistema de ideias justificador do presente estado de coisas (SAFFIOTI, 1987, p. 15 e 16).

Saffioti (1987) afirma que, segundo a ideologia dominante, cabe ao homem a função de caçador, uma vez que este desfruta de uma posição de poder em relação à mulher tanto no mundo do trabalho, quanto no papel de companheiro desta. Sendo assim, da mesma forma que o caçador persegue o animal, o homem deve perseguir o objeto de seu desejo; comporta-se como sujeito desejante em primeiro lugar a fim de saciar o seu prazer.

Conforme afirma a autora, o estupro é um ato extremo de uso e demonstração do poder nas relações homem-mulher. Esse poder, conferido ao homem pela sociedade, faz da violência sexual uma forma de provar a sua capacidade em submeter a mulher ao seu desejo.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2014) ocorrem anualmente 527 mil casos de tentativas de estupro ou estupro no Brasil,

---

<sup>6</sup> À época a autora se referia a Constituição de 1969. Aqui se faz referência a Constituição Federal vigente que versa em seu primeiro capítulo: “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” (BRASIL, 1988, s/p).

sendo que apenas 10% destes são registrados pela polícia. Deste montante, no ano de 2011, por exemplo, 88,5% das vítimas de estupro foram mulheres. Sendo assim, entende-se que esta é uma violência que ocorre predominantemente contra o gênero feminino – o que demonstra de fato uma das características violentas do poder do homem exercido sobre a mulher. Em paralelo, esse dado constata também a importância de leis, políticas e serviços qualificados para o suporte à mulher vítima de violência sexual.

Em relação ao atendimento às mulheres em instituições hospitalares, Hotimsky (2014), em texto apresentado nas mesas redondas do Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 – Desafios Atuais dos Feminismos<sup>7</sup>, traz importantes elementos para reflexão em relação ao impacto da criminalização do aborto na formação médica, mais especificamente a partir da análise de dados de uma pesquisa de campo realizada sobre o ensino e treinamento em obstetrícia.

Tal pesquisa foi realizada entre os anos de 2004 e 2005 em duas escolas de medicina da região metropolitana de São Paulo e faz parte da tese de doutorado da autora. O objetivo do estudo foi descrever e analisar como se articulam a competência técnica e científica e a relação com a paciente na construção social da “boa prática” obstétrica (HOTIMSKY, 2014).

Partindo do conceito apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o abortamento inseguro é definido como “procedimento para interromper uma gravidez não desejada realizado por pessoas sem as devidas habilidades ou em um ambiente sem os mínimos padrões médicos, ou ambos” (OMS, 2004, p.12). Portanto, pode-se afirmar que para efetuar a interrupção da gestação de forma segura o atendimento da mulher deve ser feito por profissionais capacitados e dentro de instituições de saúde que possuam condições adequadas para este procedimento.

Não é o que ocorre na América Latina e no Brasil, onde segundo Hotimsky (2014) o abortamento inseguro é considerado um grave problema de saúde pública e de justiça social. Dados de seu artigo indicam que em 2008, por

---

<sup>7</sup> Desde o ano de 1994 ocorre na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) o “Fazendo Gênero”, evento bienal inicialmente organizado pelo Programa de Pós-Graduação em Literatura. A partir do ano de 2000 tornou-se um grande seminário acadêmico internacional, atualmente promovido pelo Instituto de Estudos de Gênero da UFSC (INSTITUTO DE ESTUDOS DE GÊNERO, 2010, s/p).

exemplo, cerca de 4,2 milhões de abortos inseguros foram realizados na América Latina e no Caribe e que complicações em consequência destes são responsáveis por 13% da mortalidade materna no mundo todo.

Para a autora, o aumento dos riscos de morbi-mortalidade materna são resultante da criminalização e das leis restritivas que, neste mesmo sentido, não contribuem para a eliminação ou redução do número de abortos praticados de forma voluntária pelas mulheres (HOTIMSKY, 2014).

Tal prática, porém, não escapa à interseccionalidade<sup>8</sup> que permeia todos os aspectos da vida em sociedade, pois a ilegalidade do aborto impacta de forma desigual as mulheres. Este fato no Brasil pode ser observado quando analisado sob a perspectiva geográfica, de escolaridade, renda ou etnia.

De acordo com as informações que traz em seu texto, Hotimsky (MONTEIRO; ADESSE, 2006, 2007 apud HOTIMSKY, 2014) demonstra que o Norte, Nordeste e Centro-Oeste são as regiões do país onde as taxas de mortalidade materna são mais altas e que a ilegalidade do aborto penaliza de forma mais severa mulheres com menor escolaridade, mais pobres e especialmente mulheres negras.

Dessa forma pode-se observar que mesmo quando a questão do aborto é comum dentre um grupo de mulheres ela possui características que refletem particularidades da nossa sociedade que não devem ser ignoradas a partir do momento em que se tem a intenção de compreender a fundo a complexidade deste assunto. O aborto pode até ser voluntariamente realizado por um coletivo diverso de mulheres, mas o perigo consequente deste não é o mesmo para todas, uma vez que o acesso a informações e serviços é variável em relação à conjuntura social em que a mulher está inserida.

Em relação aos meios de abortamento utilizados é comum a recorrência aos medicamentos específicos para este fim. Os riscos associados à interrupção

---

<sup>8</sup> Destaca-se o conceito criado pela professora de Direito da Universidade da Califórnia e da Universidade de Columbia, Kimberle Crenshaw: “A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento” (CRENSHAW, 2002, p.177).

voluntária da gestação podem ser multiplicados uma vez que o acesso ao misoprostol<sup>9</sup>, principal medicamento comercializado com esta finalidade, ocorre somente de maneira ilegal quando voluntária. Assim, além de não receberem orientações corretas quanto ao seu uso, as mulheres são expostas ao mercado de produtos ilícitos, podendo inclusive consumir comprimidos falsificados que não surtem o efeito desejado, aumentando as chances de exposição dessas mulheres à repetição do procedimento e também às internações por complicações relacionadas ao aborto (HOTIMSKY, 2014). Outro dado trazido por Hotimsky (2014) indica que a operação de raspagem uterina para remoção de material gestacional restante, também conhecida como curetagem, foi o segundo tipo de cirurgia com maior número de internações cirúrgicas pelo SUS entre os anos de 1995 e 2007 (quase 240 mil/ano), assim “ressaltando o volume de abortamentos inseguros que demandam atenção, a técnica rotineiramente utilizada para seu tratamento, e a relevância do papel desempenhado pelos serviços hospitalares em seu atendimento” (p. 443-444).

Apesar do alto número de internações relacionadas ao abortamento, ou seja, de mulheres assistidas durante e após o processo já dentro de instituições médicas adequadas, a qualidade dos serviços hospitalares brasileiros, porém, não é satisfatória. De acordo com a autora, as orientações e normas técnicas do Ministério da Saúde<sup>10</sup> acerca da atenção humanizada ao processo e da OMS em relação ao abortamento seguro são frequentemente ignoradas.

A partir daí, então, pode-se entender que o atendimento à mulher em processo de abortamento não é realizado com base em princípios técnico-científicos, posto que os recursos com esta finalidade disponíveis não seriam

---

<sup>9</sup> Medicamento comercialmente conhecido como Cytotec (ou Prostokos) utilizado para indução de aborto, tanto em casos de interrupção voluntária, quanto em procedimentos médicos legais com este objetivo. Outras utilidades do misoprostol são o esvaziamento uterino por morte embrionária ou fetal, amolecimento cervical antes do aborto cirúrgico e indução do trabalho de parto (MS, 2013).

<sup>10</sup> É dever do (da) médico (a) informar à mulher sobre suas condições e direitos e, em caso que caiba a objeção de consciência, garantir a atenção ao abortamento por outro (a) profissional da instituição ou de outro serviço. Não se pode negar o pronto atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que violem os direitos humanos das mulheres. (...) Acolhimento é o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolubilidade da assistência à saúde (MS, 2011, p. 21-23).



utilizados. Dessa forma, quais seriam então as condições reais enfrentadas pelas mulheres no que diz respeito principalmente à relação entre profissional de saúde e paciente?

Atitudes de desconfiança e desprezo também são muito frequentes em relação a pacientes que procuram o setor em função de um tipo específico de emergência: o abortamento. Trata-se de um foco de tensões e conflitos entre membros da equipe e, principalmente, destes com as pacientes (...). Diante do valor social que se atribui à reprodução biológica e, em particular, ao papel da mulher nesse processo, a interrupção da gravidez se configura como uma situação difícil, tensa, muitas vezes penosa e/ou conflituosa para as pacientes como também para os profissionais de saúde e estudantes de medicina que lhes prestam assistência. No caso específico da equipe médica, cabe lembrar a tradicional ênfase na função reprodutiva da mulher presente na própria constituição da ginecologia enquanto especialidade médica (HOTIMSKY, 2014, p. 459).

Segundo Hotimsky (2014, p.461), no estudo sobre a formação médica em obstetrícia, além da postura conservadora, observou-se também que o trabalho do especialista da área é caracterizado pela “luta para colocar a criança bem no mundo”. Tal caracterização do “drama médico”, de acordo com a autora, está baseada e refletida nos manuais de formação em medicina, onde o profissional desempenharia o papel de salvador do bebê.

Aprofundando-se sobre a “incumbência” do obstetra, Hotimsky (2014) cita que, uma vez que há a suspeita de interrupção voluntária da gestação, o atendimento a essa demanda pode ser entendido por parte do médico como um confronto em relação a sua responsabilidade, visto que a sua competência profissional de “salvador” e sua autoridade estariam de certa maneira sendo questionadas pelo ato praticado pela mulher.

Faria (2013, apud HOTIMSKY, 2013) indica que mais da metade das mulheres (53%) que procuraram assistência médica hospitalar ao abortar sofreram **violência institucional**, caracterizada por palavras gestos e práticas agressivas no atendimento realizado. Dentre o maior índice de violências cometidas estão perguntar insistentemente se o aborto tinha sido provocado ou involuntário, tratando a mulher como suspeita, e não informar sobre o procedimento a ser realizado e seu processo de execução.

Este conjunto de atos que violam os direitos das mulheres em relação à assistência regular que deveriam receber (em cumprimento às normas

estabelecidas e de acordo com preceitos técnico-científicos e ético-profissionais) é denominado violência institucional.

Em sua pesquisa de campo Hotimsky (2014) relata alguns exemplos de cada um dos tipos de violência institucional relacionadas à saúde reprodutiva:

a) Da negligência:

- ❖ Impede-se o acesso aos serviços de urgência e emergência por meio de avisos alegando falta de vagas nas unidades de terapia intensiva – prática recorrente, apesar de proibida.

- ❖ Ou quando ocorre o primeiro atendimento na triagem, a mulher não é encaminhada para internação, porém orienta-se que retorne caso os sintomas persistam e/ou piorem. Além de caracterizar omissão de socorro, muitas vezes a mulher em processo de abortamento se vê obrigada a procurar outro serviço e, com isso, aumenta-se a chance de morbi-mortalidade materna.

- ❖ Posterga-se o atendimento àquela mulher em processo de abortamento, inclusive separando-a das demais pacientes da emergência obstétrica, colocando-a como não prioritária para o atendimento, como se um abortamento fosse uma ocorrência de inferior gravidade em relação às demais.

- ❖ Não são informadas de maneira imediata para a mulher as providências a serem tomadas, até mesmo sobre a decisão de internação, gerando um clima de suspense e sofrimento para ela que ali já se encontra para tratar de um problema de saúde que a acomete, tendo sido provocado de maneira voluntária ou não.

b) Da violência verbal:

- ❖ Trata-se a mulher de forma grosseira, com gritos, por vezes culpando-a daquele aborto, acusando-a e ameaçando-a de denúncia policial, em detrimento do acolhimento humanizado e acolhedor que deveria receber. Hotimsky (2014) cita que durante a pesquisa de campo estudantes relataram terem presenciado médicos preceptores com posturas como mostrar os restos fetais à mulher dizendo “olha o que você fez!” ou ainda “eu devia chamar a polícia para a senhora!”.

c) Da violência física:

❖ Quando necessário algum procedimento para esvaziamento uterino, opta-se pela realização da curetagem em vez da aspiração manual intrauterina (AMIU), procedimento padrão recomendado pela OMS, pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e adotado pelo Ministério da Saúde como meio mais eficaz e humanizado para este tratamento. Além de ser um método com menor custo ao SUS<sup>11</sup>, a AMIU expõe a mulher a menores riscos e não induz a paciente a um maior tempo possível de internação em relação à curetagem. Hotimsky (2014) destaca que os riscos da curetagem incluem perfuração do útero, infecção e esterilidade e cita que no período de realização de sua pesquisa de campo a AMIU sequer era citada nos ambientes de ensino e treinamento em serviço, sendo a curetagem a única alternativa apresentada aos estudantes.

Portanto, pode-se entender que a violência de gênero também perpassa a área da formação profissional médica e que isto pode repercutir gravemente no atendimento prestado as mulheres usuárias da assistência obstétrica.

A partir dos exemplos trazidos por Hotimsky (2014) observa-se que nestes casos de saúde reprodutiva a violência institucional é uma expressão da violência de gênero porque demonstra que a conduta dos profissionais está baseada em noções fundamentadas em “valores tradicionais e relações de poder desiguais que permeiam as relações de gênero em nossa sociedade” (DINIZ; D’OLIVEIRA, 1998 apud HOTIMSKY, 2014, p. 446).

O complexo que abrange os direitos e violências até aqui abordados constitui-se num apanhado cultural que ilustra como se comportam os atores deste contexto: sociedade, vítima e agressor.

O termo “**cultura do estupro**” é bastante atual e presente principalmente no campo do jornalismo, mais especificamente junto a publicações da área<sup>12</sup>. Porém, antes de discorrer sobre tal termo, é interessante caracterizar cultura. De acordo com Chauí (2012), a partir da segunda metade do século XX

A cultura passa a ser compreendida como o campo no qual os sujeitos humanos elaboram símbolos e signos, instituem as

---

<sup>11</sup> Segundo o DATASUS o custo total hospitalar por procedimento da AMIU é R\$ 142,84 contra R\$ 179,62 da curetagem.

<sup>12</sup> Acredita-se que em razão da modernidade desta expressão houve dificuldade para se encontrar uma vasta oferta em referências científicas de contribuição a este trabalho.

práticas e os valores, definem para si próprios o possível e o impossível, o sentido da linha do tempo (passado, presente e futuro), as diferenças no interior do espaço (o sentido do próximo e do distante, do grande e do pequeno, do visível e do invisível), os valores como o verdadeiro e o falso, o belo e o feio, o justo e o injusto, instauram a ideia de lei, e, portanto, do permitido e do proibido, determinam o sentido da vida e da morte e das relações entre o sagrado e o profano (CHAUÍ, 2012, s/p).

Curioso notar, justamente, que o trecho de Chauí (2012) traz referências que se encaixam perfeitamente na questão da cultura do estupro, onde elementos como o incentivo e tolerância, bem como a culpabilização da vítima (LEÃO, 2015), dão subsídio fundamental para vislumbrar este conjunto de valores e práticas que se produz e reproduz na rotina da nossa sociedade.

Leão (2015) expõe em um dos seus textos fatos que auxiliam a observação da cultura do estupro presente no sistema de justiça brasileira. Em processos judiciais utilizados como exemplo encontram-se sentenças que favorecem os estupradores.

O magistrado não se atém somente aos fatos, mas constrói todo um saber sobre os indivíduos, classificando-os como normais, pacíficos, honestos, sinceros ou não. O que é analisado, no caso do estupro, não é a conduta em si, mas a personalidade dos sujeitos: se a mulher for prostituta, estiver bebendo, for usuária de drogas; se o estuprador for um homem rico, de família conhecida, pai, com profissão honrada, etc. Esses fatos servem tanto para desqualificar o depoimento da mulher, quanto para qualificar o depoimento do estuprador (e, assim, mais uma vez, desqualificar o da mulher). Isso nos leva a entender o estupro não como um crime em que fatos são analisados, mas um processo em que a relação de poder entre agressor e vítima é determinante para o desfecho do caso (LEÃO, 2015, s/p).

É sabido que a condenação e o encarceramento não são soluções que levam diretamente à reflexão e mudança de atitude, mas não seria a impunidade sistemática por um crime cometido uma das formas de incentivo a sua prática? Pois dessa maneira, em relação ao judiciário, a tolerância torna-se diretamente responsável pela não efetivação do direito da mulher a não ser estuprada e, ao mesmo tempo, acaba por efetivar o “direito” do agressor em ter seu ato justificado.

E se o agressor não é culpado, certamente a responsabilidade recai sobre a mulher que historicamente é submetida a condições precárias no exercício de sua cidadania.

(...) As mulheres ainda são tratadas de forma desigual perante as leis evidenciando que a concepção dos papéis de gênero estabelece um conjunto objetivo de referências nos campos político e jurídico e estrutura não só a percepção individual senão a organização concreta e simbólica de toda a vida social. (...) A ineficácia dos sistemas de justiça cuja função é julgar e punir os agressores também se vê afetada pela existência de padrões socioculturais discriminatórios. (...) Um padrão de impunidade sistemática e a impunidade é uma das principais causas do aumento da violência contra as mulheres (LISBOA, 2014, p. 254).

Um interessante artigo de Sousa (2017) elucida o conceito de cultura do estupro como “o conjunto de violências simbólicas que viabilizam a legitimação, a tolerância e o estímulo à violência sexual”. O entendimento acerca deste termo é fundamental para que se possa enxergar o alcance dos discursos e práticas cotidianas que fazem parte do contexto da violência sexual contra a mulher.

A autora inicia seu raciocínio discorrendo sobre o papel do poder e do sexo em nossa sociedade. Segundo Sousa (2017) existe uma grande repressão sexual sobre a mulher e ao seu comportamento em contraposição a um vasto estímulo sexual aos homens desde a mais breve infância.

Uma das distinções feitas pela sociedade é acerca da “mulher para casar” e da “mulher desviada”. Nota-se, inclusive, que tal diferenciação é permeada pelos aspectos de classe social e raça, como é o caso do tratamento social dispensado a mulher negra (e que perdura até a atualidade) no que diz respeito, por exemplo, a hiperssexualização de seu corpo.

Em linhas gerais, esta determinação entre o que é “puro” ou “impróprio” e que culmina nos estereótipos de “mulher casta” ou “objeto sexual” contribui para classificar a mulher em relação à sexualidade e, portanto, pode se constituir como um fator que atribui maior ou menor valor a sua posição na estrutura societária, uma vez que

Nas relações de poder, a sexualidade não é o elemento mais rígido, mas um dos mais dotados de maior instrumentalidade: utilizável no maior número de manobras, e podendo servir de ponto de apoio, de articulação às mais variadas estratégias (FOUCAULT, 1988, p. 98 apud SOUSA, 2017, s/p).

Sousa (2017) também desenvolve em seu texto caracterizações bem elaboradas a respeito dos conceitos de vítima e agressor perante a sociedade. Antes, porém, a autora traz o exemplo de um crime como o roubo para mostrar

como, neste caso, a identificação de vítima e criminoso são facilmente determinadas – ao contrário do que acontece no contexto da violência sexual.

Quando alguém tem seu carro roubado, nem as autoridades, nem a sociedade indagam ao proprietário do veículo **de que modo ele lidava com o objeto antes do roubo. Não é empregada uma investigação mais arguta sobre os antecedentes da vítima de roubo**; o máximo que ocorre no momento do preenchimento do boletim de ocorrência são as condições em que o roubo se deu. E, de modo geral, em todos os meios de comunicação, o conselho geral é de que: **em caso de roubo não reaja, apenas entregue os seus objetos ao ladrão**. É bem verdade que, de vez em quando, ocorrem casos de que o roubo foi forjado porque era um golpe contra a seguradora do veículo, ou qualquer outro motivo que passa, aqui, a ser listado. No entanto, **se observados os casos em que o roubo era fajuto, esses, por sua vez, são tratados como exceção, e, não, como regra**. De modo que, **quando alguém nos comunica um roubo, temos maior tendência em acreditar na vítima do que de duvidar dela**. Parece haver, na sociedade, um sentimento muito mais definido de justiça em caso da violação da propriedade do que da violação da dignidade (SOUSA, 2017, s/p – **grifo nosso**).

No caso do estupro, conforme Sousa (2017), ainda que comprovado que de fato a violência sexual tenha acontecido, a mulher é questionada a respeito do seu cuidado para com a sua integridade física e seu histórico (não o do agressor!) é colocado em xeque. E o fator determinante que outorga a vítima como tal está atrelado a sua reputação. Assim, portanto, a mulher pode ou não receber da sociedade o “aval de quem realmente é inocente com relação ao ocorrido” (SOUSA, 2017, s/p).

Dessa forma, a autora aponta para uma construção social da vítima perfeita de estupro, que tem início a partir do pressuposto de que a castidade, a moral e até a virgindade da mulher são de certa forma de propriedade da família, pertencente à honra coletiva desta. Nessa lógica, então, deve fazer parte da defesa da mulher contra o estupro não somente o seu antecedente comportamental, bem como a intervenção física dela para que o ato violento de fato não ocorra. Isto é, a mulher que traz na pele as marcas da brutalidade da qual tentou se defender é vista com maior qualificação para que a ela seja atribuído o papel de vítima.

Baseada em dados da pesquisa do IPEA denominada “Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde”, em nota técnica de Cerqueira e Coelho (2014), Sousa (2017) indica que a mulher é a principal vítima de estupros

registrados e que estes ocorrem com importante registro durante a infância<sup>13</sup>. Sendo assim, a princípio, estaria esta criança ou adolescente resguardada no status de “vítima perfeita do estupro” dado que em relação a sua reputação não haveria qualificação prévia a ser feita.

No entanto, a autora assinala que esta não parece ser a realidade quando o crime é praticado por pessoas da família ou próximas a esta, pois a prática do questionamento e dúvida quanto aos fatos relatados também acontece nestas situações, onde muitas vezes a descrição da violência sexual é posta como um discurso fantasioso e, conseqüentemente, duvidoso.

Ao contrário do que permeia a ideia do senso comum, a pesquisa do IPEA revela que mais da metade (56,3%) dos estupros contra meninas menores de 13 anos tem probabilidade de ocorrer no ambiente familiar, enquanto a taxa de crimes neste recorte praticados por desconhecidos é muito mais baixa (12,6%).

Logo, percebe-se que a idealização do estupro como o ato bestial (que ocorre somente contra vítimas de moral perfeitamente imaculada), praticado por um algoz desconhecido e abominável que lhe rouba não apenas a castidade, mas, também, fere a honra da vítima e da família profundamente, choca-se com a realidade dos fatos apresentados nessa pesquisa (SOUSA, 2017, s/p).

Na fase da vida adulta, a pesquisa do IPEA demonstra que dentre o total de estupros sofridos 15,4% destes são praticados por amigos ou conhecidos da família e mais 9,3% são praticados pelo cônjuge da vítima. Ou seja, quase um quarto dos agressores (24,7%) são pessoas que integram o cotidiano da vítima e que gozam de sua confiança e intimidade para contra ela desrespeitarem a sua vontade e dignidade.

Faz parte do leque de dificuldades observadas por Sousa (2017), em relação à caracterização do estupro como tal, a relativização do consentimento dado pela mulher para que o ato sexual em oposição ao seu desejo ocorresse. Chama a atenção o fato de que tanto no caso de amigos ou conhecidos da família, como no caso de cônjuges, há no ideário popular a concepção de que o “não” da mulher pode ser ou se transformar num “sim” – seja inclusive pelo uso

---

<sup>13</sup> No ano de 2011, do total de casos de violência sexual registrados por mulheres (88,5%), mais da metade das vítimas (50,7%) tinha menos de 13 anos de idade (CERQUEIRA, COELHO, 2014, p. 7).

consciente ou não do álcool, das drogas ou pelo uso da força física. Afinal, “se ela se colocou naquela situação, talvez ela queira lá no fundo que o ato sexual ocorra”. Ou “se ela ainda continua casada com quem lhe violenta, talvez ela goste de ser tratada assim”. Estes são alguns tristes exemplos de conceitos que impedem com que a vítima de violência sexual seja de forma imediata reconhecida como tal.

Já em relação ao estuprador, sujeito que não deve ser apontado prontamente como agressor para que não tenha a sua vida destruída diante da sociedade, “é tido como um tipo de homem mentalmente perturbado que usa da força para violentar mulheres honestas e descuidadas” (SOUSA, 2017 s/p). Porém, conforme mostra a autora, o homem que pratica o estupro parece estar inserido na sociedade de maneira comum e não de forma atípica, como retratado em filmes e novelas.

Nunca se conseguiu traçar o perfil do agressor físico, sexual ou emocional de mulheres. Do ponto de vista sociológico, eles são cidadãos comuns não só na medida em que têm, via de regra, uma ocupação e desempenham corretamente outros papéis sociais, mas também porque praticam diferentes modalidades de uma mesma violência estrutural. Se não apenas as classes sociais são constitutivas das relações sociais, estando neste caso também o gênero e a raça/etnia, não há razão para se buscarem características específicas dos agressores, pelo menos da perspectiva aqui assumida. A Psicologia fez numerosas tentativas de detectar as especificidades do agressor, com resultado negativo. Ou seus instrumentos de mensuração do que se considera anormalidade são insuficientes para alcançar esse objetivo, ou o agressor é normal. Do ângulo sociológico aqui esposado, não faz sentido procurar características individuais no agressor, quando a transformação de sua agressividade em agressão social é socialmente estimulada (SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995, p. 138, apud SOUSA, 2017, s/p).

Dessa maneira, pode-se entender que da mesma forma que existe na sociedade um conjunto de regras estabelecidas para o comportamento ideal da mulher, existe também uma construção em torno da conduta dos homens que os incentiva a discursos e práticas que tendem a não levar em consideração os direitos da mulher de não ser violentada.

Contudo, não se pode reduzir o homem como sujeito alheio as suas responsabilidades, mas há de se reconhecer ambas as elaborações do sistema patriarcal fazem parte de uma mesma lógica que, de acordo com Sousa (2017),



pertencem a um mecanismo que pune e, ao mesmo tempo, propaga a violência sexual praticada contra a mulher.

A violência de gênero é um reflexo direto da ideologia patriarcal, que demarca explicitamente os papéis e as relações de poder entre homens e mulheres. Como subproduto do patriarcalismo, a cultura do machismo, disseminada muitas vezes de forma implícita ou sub-reptícia, coloca a mulher como objeto de desejo e de propriedade do homem, o que termina legitimando e alimentando diversos tipos de violência, entre os quais o estupro (CERQUEIRA; COELHO, 2014, p. 2 apud SOUSA, 2017, s/p).

Sousa (2017) conclui sugerindo que a cultura do estupro somente será extinta se os padrões que justificam qualquer tipo de dominação masculina forem desconstruídos e que assim estará também eliminado o fundamento de que a violência sexual deve ser de uma forma ou de outra aceita ou tolerada pela sociedade. Para tanto, faz-se necessário desconstruir a própria compreensão que o homem e a mulher exercem na sociedade.

## **2.2 Aborto e interrupção legal da gestação**

Ao planejar o tema deste trabalho fez-se a escolha de tentar evitar o termo *aborto* por duas principais razões. A primeira delas reside no fato de que a essa palavra de acordo com a Língua Portuguesa<sup>14</sup> é definida originalmente como o simples ato de abortar ou interromper algo, ou seja, não necessariamente uma gestação. O aborto de um embrião ou feto pode ser espontâneo ou deliberado e, ainda sim, em qualquer uma das situações, pode ocorrer por inúmeras causas.

A segunda razão da escolha do termo está apoiada no fato de que esta pesquisa científica propõe o estudo da intervenção do Serviço Social e o “aborto” realizado de maneira juridicamente possível, sob a tutela do Estado e através de procedimento efetuado via política pública de saúde. Logo, apesar do Código Penal brasileiro fazer menção a *aborto*, aqui é utilizada a expressão interrupção legal da gestação para que se possam dirimir eventuais dúvidas a respeito da característica lícita deste procedimento, em determinadas situações,

---

<sup>14</sup> Ato ou efeito de abortar; abortamento, amblose, mau sucesso” (MICHAELIS, 2017, s/p).

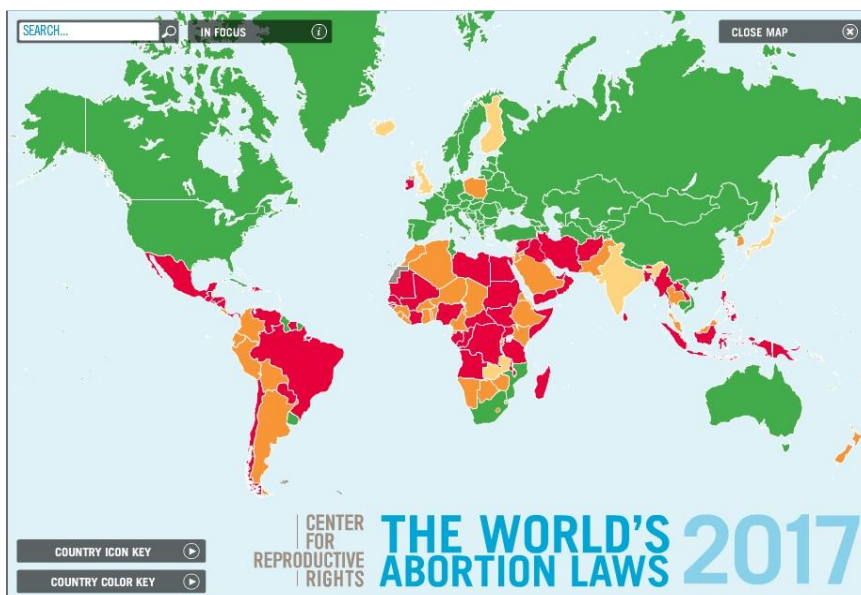
no Brasil. Para facilitar a leitura, então, o termo Interrupção Legal da Gestação   abreviado para ILG.

A legalidade jurídica da ILG por toda extensão mundial está descrita em um mapa interativo chamado “The World’s Abortion Laws 2017” (ou em livre tradu o “As Leis do Aborto no Mundo 2017”), elaborado pela organiza o americana Center for Reproductive Rights.

O intuito desta institui o é fazer do mapa uma ferramenta para visualiza o do “status legal do aborto” em cada país e defender o progresso na garantia de acesso a serviços de aborto seguro e legal para todas as mulheres em todo o mundo (CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, 2014, s/p).

Através deste mapa   possível visualizar todos os países e conhecer seus diversos níveis de permissão/proibi o da ILG demonstrados em cores, conforme legenda original traduzida e comentada adiante. Ao clicar no país de interesse   possível obter mais detalhes a respeito de suas leis. Portanto, importante notar que a cor de referência ao país diz respeito   característica predominante da legisla o vigente no mesmo – não a sua totalidade. Outros detalhes podem ser conferidos no mapa através de ícones interativos adicionais.

Figura 1 – As Leis do Aborto no Mundo 2017: visão mundial



Fonte: <http://worldabortionlaws.com/map/>

Em verde estão àqueles países cuja op o pela ILG não possui restri o quanto ao motivo. Ou seja, nestes territórios há liberdade para que a mulher

exerça o direito sobre seu corpo sem razão especial além da própria vontade, possibilitando o acesso a serviços seguros para a sua saúde física e psicológica. Muitos exemplos que se encaixam aqui estão no hemisfério norte, como Estados Unidos, Canadá e a maioria dos países da Europa, além de Rússia e China. Aparecem também Austrália, África do Sul, Cuba e Uruguai (CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, 2014, s/p).

Indicados em amarelo estão os países que permitem a ILG exclusivamente em alguns casos, incluindo razões socioeconômicas; não somente da gestante, como do próprio país, como é o caso da Índia, que mantém uma política de controle populacional de ordem governamental. Nestes exemplos podem ser notados no mapa outros países como Japão, Inglaterra, Finlândia, Zâmbia e Belize (CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, 2014, s/p).

Na cor laranja estão os países onde a legislação permite o aborto para preservar a saúde da mulher, isto é, não somente em casos extremos como no risco de morte para gestante. Com este critério são visualizadas nações latino-americanas como Argentina, Bolívia, Peru, Equador e Colômbia. Alguns outros são Jamaica, Marrocos, Zimbawe, Polônia, Paquistão, Tailândia e Nova Zelândia (CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, 2014, s/p).

Já em vermelho estão os países cujas leis permitem o aborto principalmente em situações para salvar a vida da mulher ou proíbem completamente o procedimento. O Brasil é um país assinalado com esta cor, contudo quando se aprofunda a interação com o mapa para saber mais a respeito do país, a ferramenta indica outras modalidades de permissão da ILG, como acontece no caso de estupro. Paraguai, Chile, Venezuela e Suriname seguem este exemplo na América Latina. Outros países: México, Honduras, Irlanda, Sudão, Angola, Afeganistão e Indonésia (CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, 2014, s/p).

Ampliando a análise regional, na América Latina verifica-se que de um total de treze países somente Uruguai, Guiana e Guiana Francesa permitem livre acesso à ILG, como é possível visualizar na Figura 2.

Figura 2 – As Leis do Aborto no Mundo 2017: América Latina



Fonte: <http://worldabortionlaws.com/map/>

Porto (2014 apud ROSTAGNOL, 2014) discorre sobre o caso uruguaio, onde a descriminalização do aborto permite a ILG até 12 semanas de gestação. A autora pondera que apesar lei atual representar um avanço na conquista dos direitos das mulheres, elas continuam sob a tutela do Estado, uma vez que há um complexo de regras estabelecidas para a ILG, que consiste em

consultas com médicas/os, entrevistas com equipes multidisciplinares que acabam por envolver psicólogas/os, outras/os médicas/os e cientistas sociais. Após esta maratona, permanecem cinco dias em processo reflexivo/decisório, para daí retornar ao médico/a e efetuarem (ou não) o procedimento. Do contrário, estarão na legalidade correndo o risco de serem punidas por não desejarem expor sua vontade a esses trâmites legais (PORTO, 2014 apud ROSTAGNOL, 2014, p. 480-481).

Para Porto (2014) o Brasil e outros países da América Latina poderiam tomar como exemplo a mudança feita no Uruguai em 2012 para repensar as suas leis em relação à ILG, pois dessa maneira muitas mortes maternas poderiam ser evitadas – como ocorreu em território uruguaio após a legalização do procedimento.

Contudo, a autora reconhece que a resistência dos setores conservadores da sociedade brasileira e a insuficiente laicidade do Estado

brasileiro não são o bastante para garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

A ILG no Brasil está disposta no Código Penal, Parte Especial, Título I – Dos Crimes Contra a Pessoa, Capítulo I – Dos Crimes Contra a Vida:

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico: (Vide ADPF 54)

**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, 1940, s/p).

Em primeiro lugar há de se notar que somente o “médico” possui autoridade para realização do aborto. Não obstante a toda discussão já realizada neste trabalho, no que concerne a ideologia dominante que coloca o padrão masculino como hegemônico, observa-se que seria possível que a legislação indicasse “profissional de medicina” ou mesmo “médico (a)” atentando para a possibilidade de a mulher ser atendida por uma *médica*. Porém, não é o que ocorre e provavelmente, como demonstra a História, não por acaso.

A indicação “Vide ADPF 54” do referido artigo faz menção a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (Medida Liminar) n.º 54 do Supremo Tribunal Federal (STF). Inicialmente negado, o pedido de ILG para casos de fetos com diagnóstico de anencefalia (ausência de formação cerebral) teve entrada no STF no ano de 2004. No entanto, somente no ano de 2012, esta decisão foi definitivamente discutida, votada pelo STF e publicada em Diário Oficial da União a favor da liberação do procedimento.

Com o assunto em pauta inclusive na mídia, à época inúmeros debates ocorreram em torno do direito à vida do feto – ainda que de forma empírica e científica estivesse/esteja comprovado que um feto anencefálico é incapaz de sobreviver mesmo que venha a nascer (SANTOS, 2012, s/p).

Ou seja, ali havia coletivos e pessoas (dentre elas políticos, pois a decisão do STF não foi unânime) que se manifestaram contrários à permissão da ILG em casos de anencefalia, pois alegavam que um feto sem cérebro, calota craniana e couro cabeludo deveria sim ser gestado por nove meses pela mulher para depois ser parido!

Ainda de acordo Santos (2012), o ministro do STF naquele momento em exercício, Cezar Peluso, proferiu a seguinte frase:

No caso de **extermínio** do anencéfalo (*sic*) encena-se a atuação avassaladora do ser poderoso superior que, detentor de toda força, infringe a **pena de morte a um incapaz** de prescindir (*sic*) à **agressão** e de esboçar-lhe qualquer defesa (PELUSO, 2012, s/p – **grifo nosso**).

Constata-se que Cezar Peluso, homem, formado em Direito (ou *Ciências Jurídicas*) e então ocupante do mais alto cargo no Poder Judiciário de um estado laico como o Brasil, traz deliberadamente um enorme peso em cada termo usado na frase acima a fim de atribuir grande importância ao Estado em detrimento da saúde física e psicológica da mulher gestante de um feto anencefálico.

Se é permitido por lei que a vida seja definitivamente encerrada a partir da morte encefálica<sup>15</sup> de um ser humano, como poderia ser “exterminado” um feto anencefálico? Este questionamento lógico e reflexivo atravessa também a demanda sobre o livre direito ao aborto até o segundo mês de gestação, quando o feto ainda não possui formação cerebral.

Dessa forma, retomando ao Artigo n.º 128 do Código Penal, verifica-se que no Inciso I, que trata sobre o “Aborto Necessário”, a expressão “se não há outro meio de salvar a vida da gestante” faz parte do contexto de obrigatoriedade socialmente construída em torno da mulher para que leve ao fim quase toda gestação – exceto se houver chance de óbito ou se esta for fruto de violência sexual (BRASIL, 1948, s/p).

O Inciso II, que versa a respeito do “aborto no caso de gravidez resultante de estupro”, de acordo o Ex-secretário Nacional da Justiça, Pedro Abromovay,

---

<sup>15</sup> Morte encefálica é a parada definitiva e irreversível do encéfalo, provocando em poucos minutos a falência de todo o organismo. O encéfalo inclui o cérebro e o tronco cerebral. É responsável pelas funções essenciais do organismo como o controle da pressão, da temperatura e da respiração, entre outras. Após algumas agressões neurológicas, as células do cérebro podem morrer e deixar de cumprir essas funções, apresentando um quadro que é irreversível. O coração continua batendo sozinho por causa do seu marca-passo interno (que é temporário). Aparelhos e remédios podem manter a respiração e a pressão, mas por um espaço curto de tempo. (...) Quando é constatada a morte encefálica, significa que a pessoa está morta e que, nesta situação, os órgãos podem ser doados para transplante, se a família consentir. Se não houver o consentimento os aparelhos serão desligados, já que o indivíduo está clínica e legalmente morto. (...) O diagnóstico de morte encefálica é regulamentado pelo Conselho Federal de Medicina, conforme definido pela Lei nº 9434 de 1997 (MS, 2016, s/p).

foi colocado na lei tendo como prioridade não a escolha da mulher em não levar adiante aquela gestação, mas teve como foco a proteção à honra da família da vítima.

Peraí, como que uma mulher não quer ser mãe, né? Afinal, ela nasceu pra ser mãe, é pra isso que ela serve no mundo, né? A própria seção do estupro ela, é importante a gente ter essa clareza, ela foi colocada na lei na década de 40. Por que na década de 40 você põe uma seção pro caso da mulher ser estuprada? Ela foi colocada na lei não pra proteger a mulher; ela foi colocada na lei pra proteger o pai, pra proteger a família e o pai que não queria, não admitiria que o filho de um esturador crescesse na sua família, né. É pra isso que serve essa seção, né; é a honra! Ele tá protegendo a honra família, não é nem a honra da mulher, é a honra da família. Então a legislação do aborto ela é feita pelos homens, para os homens, partindo do princípio que a mulher tem como função central, primordial na sociedade, ser mãe (ABROMOVAY, 2017, s/p).

Diante de todo o exposto até aqui é evidente pensar que a questão da ILG da forma como atualmente está disposta na lei brasileira é fruto de complexos embates entre forças políticas opostas; sujeitos sociais que disputam aparentemente em torno do direito à vida do feto, mas que na verdade competem acerca do direito ao corpo e à vida da mulher.

De acordo com Birolli (2014), a ascensão da discussão acerca do direito ao aborto nas últimas décadas traz consigo uma certa polarização das opiniões, fazendo com que o assunto seja destaque na agenda política de muitos países ocidentais. Há posições “pró-escolha” ligadas a movimentos feministas e argumentos “pró-vida” vinculados principalmente à Igreja Católica. Esses se baseiam numa visão conservadora

Em grande parte amparada em concepções sexistas que o feminismo procura superar (...); defendem expressamente arranjos familiares e papéis de gênero opressores para as mulheres ou tratam do direito à vida de maneira neutra do ponto de vista das relações de gênero, silenciando sobre as mulheres como agentes, sobre suas necessidades e sobre o contexto em que ocorre a gravidez (BIROLLI, 2014, p. 126).

Segundo a autora, numa perspectiva feminista de autonomia da vida reprodutiva, pode-se afirmar que tanto quanto o direito ao acesso a anticoncepcionais, o aborto também é necessário para que a maternidade não seja compulsória. Através do acesso a estes dois meios seria possível desvincular maternidade e sexualidade e dessa maneira “o controle sobre as consequências

do sexo poderia ser, assim, parte da construção social de uma vida sexual mais prazerosa e menos atada a convenções definidas pelas posições de poder e pelos interesses masculinos” (BIROLI, 2014, p. 124).

Sobre a verdadeira influência e contribuição dos homens em relação à vida sexual e reprodutiva das mulheres, Lisboa (2014, p. 268) confirma que:

Os homens se fazem presentes, em grande escala e de maneira incisiva, quando se trata dos juizes, advogados, desembargadores, dos médicos, dos padres e pastores de diferentes credos religiosos, pais de família, jornalistas, parentes, vizinhos e amigos que se outorgam a si mesmos a capacidade de ajuizar, castigar, proibir e condenar a todas as mulheres reduzindo-as a úteros que deverão assumir a gestação até o final, pelo simples fato de honrar a continuidade da espécie!

Ambas as afirmações supracitadas trazem ao debate elementos que sugerem a hipótese de que mesmo quando o aborto está em pauta enquanto ILG provavelmente também está ameaçado pela histórica dominação masculina fruto de construção social, conforme abordado anteriormente neste trabalho.

Pensar o aborto como um direito de livre acesso no Brasil atualmente parece utopia, visto que neste momento é permitido somente em casos específicos e, ainda assim, frequentemente o cenário político do país demonstra forte tendência conservadora e retrógrada do ponto de vista dos direitos até aqui conquistados.

Uma das ameaças de retrocesso em relação aos direitos conquistados pelas mulheres é o crescente aumento de parlamentares que integram a “bancada religiosa” do Congresso Nacional Brasileiro; políticos oriundos de Igrejas fundamentalistas que utilizam de seus cargos para promover alterações e inclusões na legislação do Brasil que favoreçam seus interesses e valores pessoais.

O Estatuto do Nascituro<sup>16</sup>, projeto de lei n.º 478/2007, já aprovado em 2013 por uma das comissões da Câmara dos Deputados, é um exemplo concreto de proposição de mudanças que retira direitos das mulheres. Caso seja aprovado, a ILG decorrente de situações de violência sexual não mais seria permitida por lei (LISBOA, 2014).

---

<sup>16</sup> Projeto de Lei n.º 478/2007 de autoria dos ex-deputados Luiz Bassuma, então filiado ao Partido dos Trabalhadores (PT-BA), e Miguel Martini, falecido em 2013, filiado à época ao Partido Humanista da Solidariedade (PHS-MG). Atualmente o PL n.º 478/2007 aguarda designação de relatoria na Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher.



O Estatuto do Nascituro proíbe o aborto em casos de gravidez decorrente do estupro, obrigando a mulher a passar por uma tripla humilhação: 1- ter sido estuprada, violentada sexualmente; 2- ser obrigada por força de lei (pelo Estado) a manter no ventre um ser concebido contra a sua vontade e num ato de extrema violência sexual; 3- continuar a ter algum tipo de convívio com agressor, que seria obrigado a pagar pensão à criança. (...) O Estatuto do Nascituro garante direitos de cidadão ao feto, ou seja, o pagamento de um salário mínimo, por 18 anos, à mulher que for estuprada, engravidar e concordar em ter a criança – apelidado pelas feministas de PL “Bolsa Estupro” (LISBOA, 2014, p. 271).

Ainda de acordo com o que afirma Lisboa (2014), uma vez impedidas de interromper a gestação dentro dos parâmetros da lei, após a aprovação do Estatuto do Nascituro haveria um aumento no número de abortos ilegais realizados.

Conforme demonstra a Figura 3, são 37 os serviços de saúde no Brasil que realizam a ILG. Isto é, embora seja um direito da mulher quando dentro dos critérios estabelecidos pela lei, nem todas as instituições hospitalares públicas efetivam na prática o acesso a este direito (PREVEDELLI, 2016, s/p).

Se entre os anos de 2010 e 2016 foram registradas e realizadas 9.469 ILG e 94% destas são decorrentes de estupro, tem-se um resultado aproximado de 8.901 de ILG decorrentes de situações de violência sexual (PREVEDELLI, 2016, s/p).

Considerando que em 14% dos casos, para realização da ILG, os serviços de saúde solicitaram o Boletim de Ocorrência, documento não obrigatório, em torno de 1.246 mulheres encontraram mais obstáculos no acesso ao seu direito, oriundos da falta de qualificação nos atendimentos específicos a esta demanda (PREVEDELLI, 2016, s/p).

Figura 3 – Dados sobre a ILG no Brasil



Fonte: Prevedelli (2016).

Nesse cenário, supondo a aprovação do Estatuto do Nascituro, mais de oito mil mulheres seriam obrigadas a gerar, parir, criar uma criança e ter contato com o pai-estuprador. Conforme discorre Lisboa (2014), os direitos das mulheres, incluindo aqui suas diferentes subjetividades, liberdade de escolha, desejos e necessidades, mais uma vez não seria levados em consideração por meio deste Projeto de Lei elaborado por homens.

Trata-se de um aparato jurídico e político sutil e danoso na medida em que os mesmos homens exercem sua supremacia sobre os corpos das mulheres de geração em geração, para detê-las no papel de gênero que foi atribuído pela sociedade e impor um comportamento de submissão e obediência que satisfaça seus interesses, e através delas, para controlar toda a hierarquia de cidadãos que não alcançam a igualdade e a liberdade próprias da cidadania (LISBOA, 2014, p. 272-273).

A tarefa de descrever conceitos de direitos e violências, bem como a cultura do estupro, colocou-se nesta seção como desafio de articulação entre diversas autoras e autores que dialogam a respeito de elementos que fazem parte de um mesmo complexo.

Dessa forma, apesar do recorte limitado neste estudo, procurou-se demonstrar como a histórica construção social dos papéis de gênero atribuídos a homens e mulheres influencia o cotidiano que organiza as estruturas de poder

que abrangem diferentes formas de demonstração da dominação masculina, exercidas de maneira simbólica ou concreta, através de sujeitos, instituições ou Estado.

Quantificar o número real de abortos voluntários no Brasil é tentar expressar um dado difícil de obter, posto que a ilegalidade do ato por si transforma histórias próximas em boatos, com exceção daqueles exemplos que por força da brutalidade vêm à tona através da imprensa. O caso de Jandira Magdalena dos Santos Cruz<sup>17</sup>, que em 2014 faleceu ao tentar interromper uma gravidez não desejada e teve seu corpo carbonizado a pedido da clínica clandestina a qual havia recorrido, é um destes exemplos.

Não obstante aos casos não notificados, buscou-se retratar as dificuldades enfrentadas pelas mulheres em efetivar a interrupção legal da gestação no âmbito das políticas públicas atuais do Estado, como também as ameaças políticas crescentes que acometem o direito à ILG no país.

Conforme a “Pesquisa Nacional de Aborto 2016” (Diniz; Medeiros; Madeiro, 2016), o aborto é um problema não só na medida em que ocorre com alta frequência, como pelo fato de ser uma prática que perdura ao longo do tempo.

Portanto, se nesta perspectiva geral o aborto já é uma questão de saúde pública porque ocorre em grande número e de forma constante, no caso da ILG decorrente de situações de violência, então, entende-se que é de suma importância que o Serviço Social se faça presente na luta pela garantia e ampliação do acesso a este direito.

---

<sup>17</sup> A história de Jandira é abordada no documentário “Meu Corpo, Minha Vida”, que apresenta entrevista com familiares e amigos, além de profissionais de diversas áreas com diferentes abordagens a respeito do aborto e da ILG.

## SEÇÃO 2

### 3. SERVIÇO SOCIAL E INTERRUPTÃO LEGAL DA GESTAÇÃO DECORRENTE DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A finalidade desta segunda seção é demonstrar quais são os parâmetros gerais para realização da ILG decorrente de situações de violência sexual e como se organiza o serviço de saúde pública frente a esta demanda – especialmente no que diz respeito às atribuições do Serviço Social. A fim de contribuir para o entendimento da intervenção profissional nesse contexto são trazidos trechos das entrevistas realizadas com assistentes sociais que integram a rede de atendimento.

Ao final são realizadas análises e reflexões acerca da práxis do Serviço Social nessa conjuntura com o intuito de conectar elementos conceituais e aspectos legais, assim como realizar apontamentos para o atendimento à ILG.

#### 3.1. Parâmetros, atendimento e experiências

Na esfera nacional, em relação à execução do procedimento de ILG, uma referência norteadora para situações “resultante de estupro”, como citado no Código Penal, é a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes<sup>18</sup>. Este documento elaborado pelo Ministério da Saúde originalmente em 1999 e revisado em 2012 aborda as regras gerais de atendimento e apoio psicossocial com vistas a

Auxiliar profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada nos casos de violência, bem como garantir o exercício pleno dos direitos humanos das mulheres, base de uma saúde pública de fato universal, integral e equânime (MS, 2012, p. 10).

A Norma abrange noções necessárias, bastante amplas, para o serviço em saúde pública frente a demanda da ILG e está estruturado da seguinte forma: organização da atenção, normas gerais de atendimento, **apoio**

---

<sup>18</sup> Produto da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará/ONU/1995 (PMX, 2016, p. 1).

**psicossocial**, anticoncepção de emergência, doenças sexualmente transmissíveis e não virais, hepatites virais, infecção pelo HIV, acompanhamento laboratorial, **gravidez decorrente de violência sexual, procedimentos de justificação e autorização para interrupção de gestação prevista em lei, procedimentos de interrupção da gravidez** e coleta de material.

Os itens desta nota que se destacam pela sua importância em relação ao tema e recorte proposto neste estudo são:

a) Apoio psicossocial

O MS atenta através desta seção para a relevância do apoio psicossocial no atendimento a mulheres que sofreram violência sexual; destaca o impacto físico, psíquico e social sofrido pela vítima, do mesmo modo que ressalta a necessidade de articulação entre setores como a polícia, o judiciário, serviços de apoio social e de saúde no enfrentamento a questão da violência de gênero.

Os programas de atuação e os serviços devem ser integrados, possibilitando que os recursos necessários estejam disponíveis, facilitando o acesso das mulheres e das adolescentes à rede de apoio e proteção. A abordagem deve dar ênfase à capacitação da família e dos grupos comunitários para lidarem com o problema da violência não apenas como um episódio isolado, mas como uma situação que se prolonga, por suas características culturais, sociais e pelas histórias familiares recorrentes. Dessa forma, os aspectos preventivos e a proteção social podem identificar precocemente os riscos e atuar mitigando consequências (MS, 2012, P. 29).

Assim, o MS também atenta para os casos onde o indivíduo agressor é familiar ou pessoa conhecida da vítima, podendo ela estar mais vulnerável pelo parentesco ou relação, dependência econômica, convívio ou medo. Enfatiza que a violência sexual geralmente está situada em torno de situações de violências físicas como um todo e que costumam acontecer de forma sistemática e não isolada.

❖ Validação das experiências: a nota técnica do MS destaca a importância do apoio, acolhimento e não culpabilização da vítima, respeitando o seu relato de forma isenta de julgamentos.

❖ Autonomia, individualidade e direitos: conforme aponta o MS, o respeito a estes princípios no atendimento às vítimas é fundamental, bem como o resguardo de sua identidade e integridade moral e psicológica.

❖ Violência sexual em mulheres que fazem sexo com mulheres: reconhece o MS através deste tópico que a violência sexual contra mulheres homossexuais pode ser tão ou mais cruel uma vez que em razão da orientação sexual destas o estupro pode ser cometido com o terrível intuito de tentar “reverter” a sexualidade da vítima. Por este motivo o MS ressalta que, assim como os demais atendimentos, a atenção a estas situações deve ser feita considerando a não discriminação e o direito de “acessibilidade, universalidade e integralidade da atenção, não permitindo que se coloque qualquer pessoa em situação de violência institucional” (MS, 2012, p. 21).

❖ Sigilo e atendimento: a postura ética no atendimento profissional a esta demanda envolve a garantia do sigilo, incluindo o cuidado com as perguntas adequadas à vítima, informações registradas em prontuários e comunicação entre a equipe de saúde.

❖ Humanização: o serviço de saúde deve estabelecer um fluxograma de atendimento que promova agilidade e resolutividade à demanda, até para que a vítima não tenha que repetir o seu relato diversas vezes e para vários profissionais.

❖ Avaliação de riscos: o MS indica que, com a participação da vítima, os riscos em relação à violência sofrida e as suas consequências devem ser avaliados. Ou seja, deve ser preservada a segurança da mulher de acordo com o contexto social no qual está inserida.

❖ Encaminhamentos: o MS sugere que os encaminhamentos feitos pela equipe de saúde devem abranger não só os aspectos físicos, como psicossociais e jurídicos quando necessários.

❖ Suporte para a equipe de saúde: a capacitação sistemática dos profissionais da equipe é essencial para a sensibilização frente ao atendimento a vítimas de violência sexual.

Isso é importante para ampliar conhecimentos, trocar experiências e percepções, discutir preconceitos, explorar os sentimentos de cada um em relação a temas com os quais lidam diariamente em serviço, a exemplo de violência sexual e do aborto, buscando compreender e melhor enfrentar possíveis dificuldades pessoais ou coletivas. Isso porque, ao lidar com situações de violência, cada profissional experimenta sentimentos e emoções que precisam ser reconhecidos e

trabalhados em função da qualidade do atendimento e do bem-estar do(a) profissional envolvido(a) (MS, 2012, p. 35).

❖ Rede integrada de atendimento: uma vez que o setor de saúde possui a capacidade de identificar vítimas de violência sexual o MS salienta que este tem papel primordial no que diz respeito à definição e articulação da rede que de forma direta ou indireta presta atendimento ao contexto desta demanda.

É fundamental destacar que a intervenção nos casos de violência é multiprofissional, interdisciplinar e interinstitucional. A equipe de saúde deve buscar identificar as organizações e serviços disponíveis na comunidade que possam contribuir com a assistência, a exemplo das Delegacias da Mulher e da Criança e do Adolescente, do Conselho Tutelar, do Conselho de Direitos de Crianças e Adolescentes, Cras, Creas, do Instituto Médico Legal, do Ministério Público, das instituições como casas-abrigo, dos grupos de mulheres, das creches, entre outros. O fluxo e os problemas de acesso e de manejo dos casos em cada nível desta rede devem ser debatidos e planejados periodicamente, visando à criação de uma cultura que inclua a construção de instrumentos de avaliação. É imprescindível a sensibilização de gestores e gerentes de saúde, no sentido de propiciar condições para que os profissionais de saúde possam oferecer atenção integral às vítimas e a suas famílias como também aos autores das agressões (MS, 2012, p. 35-36).

❖ Atenção ao autor da violência sexual: o MS reconhece a importância da responsabilização do autor de violência sexual para a mulher e para a sociedade. No entanto, também identifica que somente o cumprimento de pena em cárcere privado se mostra insuficiente para a não reincidência do agressor. Dessa forma, o MS destaca que, embora complexa, a atenção psiquiátrica e/ou psicológica ao longo do período em que o sujeito violentador estiver privado de sua liberdade pode contribuir para uma mudança de comportamento.

#### b) Gravidez decorrente de violência sexual

A nota técnica do MS indica a contração de gravidez por violência sexual como uma consequência de reações psicológicas, sociais e biológicas complexa. Também admite que a recorrência a serviços clandestinos de abortamento, de condições inseguras que podem trazer graves consequências à saúde da mulher, inclusive o óbito, ocorre por falta de informação e dificuldades de acesso ao serviço legal.

❖ Alternativas frente a gravidez decorrente de violência sexual: o MS reforça que a mulher ou a adolescente acompanhada de seus representantes legais que se encontra em atendimento nesta situação deve ser esclarecida quanto às possibilidades legais diante desta gestação. São elas: interrupção da gravidez, continuidade da gestação para permanecer com a futura criança ou então para encaminhamento à doação.

❖ Aspectos legais: o MS esclarece que o abortamento em caso de estupro está previsto no Código Penal brasileiro; da mesma forma, elucida e reforça a não exigibilidade de qualquer documento para realização do procedimento.

O Código Penal afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência, deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde, portanto não cabe ao profissional de saúde duvidar da palavra da vítima, o que agravaria ainda mais as consequências da violência sofrida (MS, 2012, p. 69).

c) Procedimentos de justificação e autorização para interrupção de gestação prevista em lei

Neste item a nota técnica do MS cita a Portaria n.º 1.508/2005 que dispõe sobre os Procedimentos de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei no âmbito do SUS.

São cinco os termos que fazem parte da documentação nos casos de ILG decorrente de situações de violência sexual, sendo que todos eles devem ser assinados e anexados ao prontuário da vítima, bem como a cópia de cada deve ser entregue a mesma.

- I. Termo de Consentimento Livre Esclarecido: declaração fornecida pela mulher e/ou representante legal de que está ciente e de acordo com a ILG, bem como seus procedimentos e consequências.
- II. Termo de Responsabilidade: outro documento assinado pela mulher e/ou representante legal declarando que as informações prestadas à equipe de saúde correspondem à verdade dos fatos ocorridos. Neste termo deve constar também menção a ciência das possíveis consequências



decorrentes da falsa comunicação para execução da interrupção da gestação<sup>19</sup>.

- III. Termo de Relato Circunstanciado: neste documento a mulher e/ou representante legal deve descrever as circunstâncias da violência sexual que ocasionou a gestação, incluindo data, horário aproximado e local. Também devem ser adicionadas informações sobre o agressor e possíveis testemunhas.
- IV. Parecer Técnico: atestado assinado pela/pelo médica/médico com indicativo de compatibilidade entre a idade gestacional e a violência sofrida pela mulher.
- V. Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez: registro de autorização firmado pela equipe multiprofissional e responsável pela instituição hospitalar. Caso o procedimento de ILG não seja aprovado o motivo deve ser justificado e de igual forma registrado.

Dessa forma, o MS por meio da nota técnica atualizada em 2012, embasada na Portaria n.º 1.508/2005, esclarece e reforça quais são os únicos documentos exigidos para a ILG

A realização do abortamento não se condiciona à decisão judicial que sentencie e decida se ocorreu estupro ou violência sexual. A lei penal brasileira também não exige alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento em casos de gravidez decorrente de violência sexual. O mesmo cabe para o Boletim de Ocorrência Policial e para o laudo do Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, do Instituto Médico Legal. Embora esses documentos possam ser desejáveis em algumas circunstâncias, a realização do abortamento não está condicionada a apresentação dos mesmos (MS, 2012, p. 71).

❖ Consentimento: a vítima acima de 18 anos é considerada pela lei como capaz de definir pela ILG decorrente de situações de violência sexual. De acordo com a Portaria n.º 1.508/2005 adolescentes menores de 18 anos devem ser acolhidas e esclarecidas em relação ao seu direito à ILG e a autorização de responsáveis ou tutores para a

---

<sup>19</sup> O Código Penal indica pena de detenção de um a três anos para o ato de provocar ou consentir aborto em si mesma (Art. 124), porém indica que não se pune aborto praticado por médico (Art. 128). A lei assinala pena de reclusão de um a cinco anos e multa para o crime de falsidade ideológica (“Art. 299: omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante”) (BRASIL, 1940, s/p).

realização do procedimento é indispensável. Caso a vítima seja menor de 14 anos é obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar, bem como acompanhamento e solicitação de agilização do processo. Situações onde haja posicionamento conflitante entre adolescente e responsáveis (desde que estes não estejam envolvidos com a violência) no que diz respeito à opção pela ILG devem ser levadas para análise judicial por meio do Conselho Tutelar ou Promotoria da Infância e da Juventude, assim como casos que envolvam maior complexidade. A ILG decorrente de situações de violência sexual em mulheres que não manifestam discernimento e expressão de sua vontade, como aquelas que apresentam deficiência intelectual, deve ser consentida pelos responsáveis. Porém, o MS aponta que independente da idade da vítima, se esta tiver capacidade de discernir e expressar a sua vontade em *não* consentir a ILG, o procedimento não deve ser realizado, ainda que seus representantes legais discordem.

❖ **Objeção de consciência:** consta no Código de Ética Médica uma série de artigos<sup>20</sup> que corroboram a possibilidade do profissional alegar objeção de consciência e recusar-se a participar da execução de ILG decorrente de situações de violência sexual. Permanecendo sendo dever do médico informar a mulher acerca de seus direitos e, no caso de objeção de consciência, garantir que outro profissional efetue o procedimento de ILG. Contudo, médico não tem o direito de alegar objeção nos seguintes casos: quando há risco de morte para a mulher, diante de abortamento determinado por via judicial e na ausência de outro profissional para sua realização, quando a mulher

---

<sup>20</sup> “Segundo o artigo 7 do cap. I do Código de Ética Médica o médico deve exercer a profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente’. O artigo 2 do cap. II acrescenta que é direito do médico(a) ‘indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país’. Também é direito do médico(a), artigo 9, ‘recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência’. No entanto, é vedado ao médico(a) ‘descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento’, conforme o artigo 15 do cap. III” (MS, 2012, p. 74-75).

puder sofrer prejuízo ou agravo de sua saúde em caso de omissão do atendimento e diante de situações onde haja complicações advindas de abortos realizados de maneira insegura, uma vez que estes são determinados como urgência. A nota técnica do MS explicita também que “é dever do Estado e dos gestores de saúde manter nos hospitais públicos profissionais que não manifestem objeção de consciência e que realizem o abortamento previsto por lei” (MS, 2012, p. 75).

d) Procedimentos de interrupção da gravidez<sup>21</sup>

Segundo a nota técnica do MS a ILG decorrente de violência sexual pode ser realizada em casos até a 20<sup>a</sup> ou 22<sup>a</sup> semana de gestação e com produto da concepção<sup>22</sup> pesando menos que 500g. Para tanto, esclarece o MS que profissionais capacitados, em ambiente apropriado e com suprimentos e equipamentos adequados são a opção mais segura para o processo de abortamento.

❖ Determinação da idade gestacional: calculada a partir da data da última menstruação da mulher, exame bimanual ou ultrassonografia. O conhecimento acerca da data gestacional contribui para a escolha do melhor método de abortamento, bem como ratifica a informação sobre a data de ocorrência da violência sexual que ocasionou a gestação. Constam ainda na nota técnica do MS duas orientações importantes: realizar a ultrassonografia em local ou horário diferente dos atendimentos pré-natais para evitar constrangimento e sofrimento para a mulher e cuidar durante a prática do exame para que não haja comentários desnecessários sobre as condições fetais.

❖ Métodos de interrupção até 12 semanas de idade gestacional: recomenda-se a AMIU em primeiro lugar e a curetagem somente se não for possível realizar a AMIU. O uso do misoprostol para ILG no primeiro trimestre também é uma opção e apresenta eficácia sem

---

<sup>21</sup> No item d) “Procedimentos de interrupção da gravidez” aqui descrito foram ocultados os seguintes subitens: condições pré-existentes, preparação do colo de útero, profilaxia de infecção e isoimunização pelo fator RH.

<sup>22</sup> Nota-se que neste trecho e em todo o documento não são utilizadas palavras como “feto” ou “bebê”, já sugerindo o emprego de termos como “produto da concepção” e “material embrionário” como mais adequados no atendimento à ILG (MS, 2012).

necessidade de outros procedimentos em 90% dos casos, apesar de mais demorado e desconfortável.

❖ Métodos de interrupção após 12 semanas de idade gestacional: o MS indica a utilização do misoprostol e internação obrigatória da mulher até que a ILG esteja concluída, inclusive sucedida por curetagem nos casos onde o processo de abortamento mostrou-se incompleto ou repetição do medicamento em situações onde não houve êxito inicial. A AMIU e a curetagem não são métodos abortivos recomendados para este período gestacional.

❖ Gestações com mais de 20 semanas de idade gestacional: apesar da sugestão da OMS para a possibilidade de abortamento até 22 semanas, o MS recomenda rigorosa avaliação para estes casos, considerando a possibilidade de erro do cálculo da idade gestacional. Assim, o MS sugere a limitação para realização do procedimento em até 20 semanas de idade gestacional. Se esta for superior a 22 semanas não há possibilidade de ILG, ou seja, a mulher deve ser encaminhada para os procedimentos de pré-natal.

❖ Alívio da dor: conforme orienta o MS, a equipe de saúde deve providenciar alívio apropriado para cada método de ILG aplicado, de acordo com as condições clínicas da mulher, que deve receber apoio e estímulo para participar da escolha.

A inadequação do controle da dor provoca sofrimento desnecessário e injustificado, e aumenta o dano emocional e o risco de complicações. (...) O nível de dor durante o abortamento depende de muitos fatores. A fragilidade emocional da mulher em situação de violência sexual limita o uso de alternativas de alívio da dor utilizadas, com sucesso, em outras situações de abortamento (MS, 2012, p. 82-83).

❖ Informações e orientações: o MS instrui que as informações prestadas à mulher devem ser claras, completas e acessíveis. Dados como os procedimentos técnicos, medidas de alívio da dor, tempo de duração do processo, período de internação, segurança e possíveis riscos que envolvem a ILG devem ser elucidados.

❖ Cuidados de coleta e guarda de material: para eventual investigação de DNA por solicitação judicial, o MS recomenda que o material embrionário da ILG seja guardado.

❖ Alta hospitalar e seguimento: somente após apresentar sinais vitais estáveis e ao concluir a sua recuperação, o MS orienta a alta hospitalar da mulher que tenha passado por ILG. O retorno para acompanhamento médico deve ocorrer de sete a dez dias após o procedimento.

Conforme pode ser observado, a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (MS, 2012) engloba elementos que apontam caminhos para um desempenho relevante dos profissionais frente à conjuntura que abrange a violência sexual, bem como seus impactos psicossociais e físicos sobre a vítima.

No âmbito regional duas instituições hospitalares em diferentes cidades foram escolhidas para análise neste estudo quanto aos seus protocolos internos de atenção à vítima de violência sexual, mas principalmente em relação à ILG e a intervenção do Serviço Social neste contexto. Ambas as instituições são referência para ILG num pacto firmado entre 22 municípios da região. A fim de manter o sigilo das assistentes sociais participantes das entrevistas realizadas para este estudo o estado, cidades, instituições e profissionais estão identificadas por meio de códigos, conforme a seguir.

A “cidade X” possui o Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual do Município de “X” como documento orientativo que objetiva viabilizar a implementação do atendimento conforme prevê a Norma Técnica do MS.

Criado no ano de 2000, posteriormente revisado nos anos de 2010 e 2016, o Protocolo foi elaborado por uma comissão formada pela Prefeitura Municipal de “X”, Conselhos Tutelares, “Instituição de Ensino G”, Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão e Secretaria de Estado da Saúde.

Como consolidação do trabalho a ser exercido em conjunto, firmado por meio de Termo de Adesão entre os diversos setores que integram o Protocolo, o município tem estabelecida a Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual (RAIVS).

O Protocolo traz o detalhamento dos serviços da RAIVS, competências das instituições que a compõem, fluxograma e ampla normatização do atendimento, que perpassa desde os parâmetros para ILG até procedimento de coleta, armazenamento e envio de material resultante da violência, assim como

fichas, formulários e lista de endereços e telefones das organizações integrantes da rede.

As instituições que integram a RAIVS e suas principais atribuições<sup>23</sup> são as seguintes:

- ❖ Secretaria de Estado da Segurança Pública: por meio de delegacias e órgãos ligados ao Instituto Geral de Perícias (IGP) esta secretaria é responsável pelos trâmites de registro de Boletim de Ocorrência, priorização de apuração em situações que envolvem crianças e adolescentes, encaminhamentos legais no que se refere a criminalização de autores da violência e instauração de Inquérito Policial, repasse de informações a profissionais da rede quando efetuados encaminhamentos, solicitação e realização de exames periciais, entre outros.
- ❖ Secretaria de Estado da Saúde: hospitais e maternidade de referência devem garantir equipe mínima capacitada para atendimento a esta demanda (incluindo assistente social), disponibilizar espaço físico apropriado e privativo, acolher e prestar atendimento humanizado à vítima, acionar autoridade policial e judicial quando necessário, notificar Conselho Tutelar ou Conselho da Pessoa Idosa quando pertinente, entre outras responsabilidades.
- ❖ Secretaria Municipal de Saúde: unidades de saúde pertencentes administrados pelo município devem orientar e capacitar profissionais acerca da RAIVS, promover a sua divulgação e articulação intersetorial, acolher vítimas e seus familiares dentro da organização da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e executar outras ações de sua competência.
- ❖ Secretaria Municipal de Assistência Social: o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) através de seus serviços e programas devem contribuir para a reparação de danos e da incidência de violação de direitos, para o rompimento de padrões intrafamiliares violadores de direitos, acolher e disponibilizar

---

<sup>23</sup> As unidades de referência de cada instituição e a descrição de todas as suas atribuições podem ser conferidas no referido Protocolo. É obrigação comum a todas as unidades designar uma pessoa representante para participação na reunião ordinária mensal da RAIVS.

atendimento psicossocial, promover atividades de prevenção à violência e demais atribuições.

❖ Conselho Tutelar: acompanhar crianças e adolescentes em atendimentos da rede na ausência de mãe, pai ou responsável, receber notificações e aplicar medidas de proteção necessárias e outras atuações.

❖ “Instituição de Ensino G”: por intermédio do “Serviço de Saúde M” e centros de ensino tem as mesmas atribuições de hospitais e maternidade do âmbito estadual, mas é também responsável pela ILG. Deve promover a inclusão do tema da violência sexual no currículo dos cursos da área da saúde e afins, bem como realizar “atividades de ensino, pesquisa e extensão que contribuam para o desenvolvimento e empoderamento das equipes de saúde, comunidades e indivíduos, em relação ao enfrentamento da violência sexual” (PMX, 2016, p. 16).

O procedimento de ILG decorrente de situações de violência sexual é realizado pelo Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do “Serviço de Saúde M” em casos de até, especificamente, 19 semanas e 00 dias de idade gestacional. A instituição possui um documento interno chamado Protocolo de Atendimento de Interrupção Legal da Gestação, revisado em 2016 e também referenciado no Protocolo da “Cidade X”.

Neste Protocolo do “Serviço de Saúde M” está descrito o fluxo de atendimento de forma detalhada. Dentre os 24 itens do documento destacam-se os seguintes:

1. A paciente deverá ser encaminhada para o Serviço Social da Maternidade entre 08:00 e 18:00 horas, de 2ª a 6ª feira (**nunca nos finais de semana e feriados**), onde receberá acolhimento e esclarecimentos acerca do protocolo.

5. De acordo com a legislação vigente a paciente **NÃO NECESSITA TER BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL.**

11. Caso não tenha exame de ultrassonografia obstétrica recente, deverá realizá-lo dentro desta instituição. Observação: **Recomenda-se a realização da ultra-sonografia sem exposição de som e imagem para a paciente**, de acordo com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao abortamento (MS, 2005).

12. Recomenda-se, sempre que possível, a realização de entrevista em equipe (máximo de 2 profissionais) e/ou o diálogo para troca de informações entre os profissionais que estão

acompanhando o caso, **visando minimizar a necessidade da paciente relatar repetidas vezes sua situação.**

15. Caso não haja vaga para internação a paciente deverá ser orientada a vir ao “Serviço de Saúde M” **no próximo dia útil às 08:00 horas da manhã em jejum (nunca em final de semana e feriados). ATENTAR PARA O LIMITE DE IDADE GESTACIONAL** (PMX, 2016, p. 46 – grifo nosso).

Nos itens 1 e 15 observa-se a restrição do atendimento em horário comercial – o que pode levar a mulher que procura o serviço a ter que ir embora e retornar em outra data, fazendo com que a provável situação de ansiedade e medo se prolongue. Há nesse caso o risco adicional da idade gestacional ultrapassar o limite permitido para a realização da ILG, visto que no “Serviço de Saúde M” é clara a exigência do teto de 19 semanas e 00 dias para que seja efetivada a interrupção.

Outras possibilidades a partir do atendimento em tais dias e horários estabelecidos são a desistência e a busca por métodos clandestinos alternativos ao abortamento seguro conforme seu direito no contexto de consequência da violência sexual.

Por outro lado, nos itens 5, 11 e 12 do Protocolo nota-se o reforço às orientações prestadas pelo MS no que concerne ao acolhimento e atendimento humanizado à mulher para que não sejam exigidos documentos desnecessários, como o Boletim de Ocorrência.

No mesmo sentido, nestes itens ratifica-se a sugestão de práticas para que não haja constrangimento nos exames e consultas realizadas, à exemplo da ultrassonografia sem imagem e sem som para a usuária e troca de informações entre equipe de saúde que minimize a necessidade de repetição do relato.

No “Serviço de Saúde M” o procedimento de ILG decorrente de situações de violência sexual ocorre desde o ano 2006. Segundo dados internos fornecidos pelas assistentes sociais entrevistadas “AS1” e “AS2” tem-se o seguinte registro de situações atendidas no local, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – atendimentos “Serviço de Saúde M”

Ano	Mulheres violentadas sexualmente atendidas no "Serviço de Saúde M"	Mulheres que realizaram ILG decorrente de violência sexual no "Serviço de Saúde M"
2006	10	1
2007	5	2
2008	8	1



<b>2009</b>	13	4
<b>2010</b>	16	1
<b>2011</b>	22	3
<b>2012</b>	19	2
<b>2013</b>	16	2
<b>2014</b>	29	12
<b>2015</b>	37	4
<b>2016</b>	39	11
<b>2017</b>	16 até 17/04/2017	4 até 17/04/2017

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados fornecidos pelas entrevistas.

Verifica-se na Tabela 1 que os números da coluna relativa à quantidade de mulheres violentadas não são diretamente proporcionais aos dados da coluna que demonstra quantas mulheres realizaram ILG no “Serviço de Saúde M” em cada ano. No entanto pode-se perceber que ao longo do período apresentado há um aumento de registros nos casos de estupro e sugestivo crescimento também nos casos de ILG<sup>24</sup>.

Em relação aos aspectos técnicos da intervenção profissional neste contexto, baseado nas entrevistas com as assistentes sociais do “Serviço de Saúde M”, constata-se os seguintes pontos importantes:

- A procura pelo serviço de ILG naquela instituição, conforme conhecimento das entrevistadas é variado, mas costuma derivar de busca espontânea ou encaminhamento de outros serviços de saúde – seja atenção primária, média complexidade ou rede particular.
- “AS2” sugere que as informações referentes à ILG decorrente de situações de violência sexual poderiam estar publicadas de forma sistematizada no site do “Serviço de Saúde M” a fim de auxiliar quem necessita do serviço.
- A mulher que busca a realização da ILG no “Serviço de Saúde M” encontra o Serviço Social a partir do atendimento ambulatorial ou da triagem obstétrica – setor que compõe a maternidade.
- A equipe multidisciplinar de atendimento a esta demanda naquela instituição é composta por Serviço Social, Psicologia, Enfermagem e

<sup>24</sup> Com as informações da Tabela 1 é possível notar que um estudo aprofundado destes registros seria de suma importância no cotidiano da política de saúde dentro do contexto de direitos e violências/aborto e interrupção legal da gestação.

Medicina. As duas primeiras áreas de atuação atendem em conjunto num primeiro momento para que depois haja consulta com as demais áreas com objetivo de evitar a “revitimização” da mulher.

E, assim, teoricamente ela teria que verbalizar essa história pra todos os profissionais. Mas a última situação que eu atendi ela verbalizou, a Psicologia não tava presente, né, porque pelo protocolo três profissionais tem que assinar. A Psicologia não tava, não tinha Psicologia no momento, então eu atendi sozinha e eu passei a situação pra médica e pra enfermeira, então a médica já pegou ela e “então, eu nem vou perguntar da história”. Isso é muito da sensibilidade do profissional que tá na situação, senão já foi pra ultrassom e pronto, entendeu, então é só o relato dela pra mim já bastou. Mas tem profissionais que não, que querem fazer a exigência do protocolo, enfim, que querem escutar a história novamente (AS1, 2017).

- Quanto à objeção de consciência a qual a/o profissional de Medicina tem direito, “AS1” relata que no “Serviço de Saúde M”

É acordado dentro da divisão de ginecologia é que o plantão de segunda à sexta tinha que ter dois staffs, sendo que um deles não poderia ter objeção de consciência, porque a gente não sabe quando essa pessoa vai chegar. Então o serviço tem que tá preparado pra receber (AS1, 2017).

- Observa-se a partir da entrevista que ambas as assistentes sociais possuem amplo conhecimento das normas e documentos pertencentes ao âmbito da ILG e relatam socializar com a usuária em atendimento todas as informações pertinentes.
- Acerca do papel do Serviço Social frente à demanda de ILG decorrente de situações de violência sexual, as profissionais entrevistadas concluem que são suas atribuições: acolhimento da usuária (atendimento direto), orientações quanto ao conjunto de normas que regem a ILG, esclarecimento de dúvidas, exposição de implicações jurídicas em relação aos termos assinados para o processo, informe de guarda do material coletado (produto da ILG), articulação multidisciplinar e intersetorial.

Porque a maioria das mulheres chega aqui pra nós muito decidida em fazer a interrupção da gestação, isso é uma coisa bem tranquila, mas tem algumas que ficam bem na dúvida, né, por conta que tem toda a questão do tabu do aborto... (AS2, 2017).

De religiosidade... (AS1, 2017).

Isso, então a gente também, sempre no sentido de não interferir na decisão dela, mas de trazer elementos pra que seja uma decisão consciente e do que que ela tá fazendo (AS2, 2017).

- Em relação a alguns dos procedimentos internos, “AS2” relata que o Serviço Social tenta “minimizar o itinerário” da mulher dentro do hospital, referindo-se ao fato de que trabalham diretamente “nos bastidores” do processo pelo qual a mulher passa na instituição para realizar a ILG com intuito de reduzir possíveis constrangimentos desnecessários.
- No que diz respeito aos encaminhamentos feitos pelo Serviço Social após a ILG no “Serviço de Saúde M” há na “Cidade X” um centro de referência para atenção à mulher em situação de violência, onde é possível receber atendimento social, psicológico e orientação jurídica. É para este local que a maioria das mulheres são encaminhadas. Caso o município de origem da mulher não seja a “Cidade X” os encaminhamentos são feitos para os CREAS. No “Serviço de Saúde M” existe o acompanhamento ambulatorial somente da parte de Medicina.

A gente sempre dá nosso contato na alta, pra ligar, se tiver alguma dúvida, alguma questão, e muitas vezes elas retornam ou procuram a gente em outro momento ou no dia que ela retorna com a Medicina ela procura a gente, então a gente fica em contato. A gente tá disponível, mas a gente não consegue tá no ambulatório. E esse acompanhamento aqui com a Medicina é bem importante porque é o acompanhamento que acompanha as sorologias, faz todo o monitoramento. Então a gente nesse atendimento nosso a gente já enfatiza com ela isso, né (AS2, 2017).

Já na “Cidade Y”, outro município de referência neste estudo, o atendimento para realização da ILG decorrente de situações de violência sexual tem início no setor de Emergência do “Serviço de Saúde Y”. Neste local a ILG pode ser efetuada para casos com idade gestacional de até 22 semanas. Esta instituição se baseia em dois documentos próprios: o Fluxo Interno de Atendimento da Vítima de Violência Sexual no “Serviço de Saúde Y” e o Fluxo do Programa de Interrupção Legal de Gravidez decorrente de Violência Sexual do “Serviço de Saúde Y”.

O Fluxo Interno de Atendimento da Vítima de Violência Sexual no “Serviço de Saúde Y” está para a “Cidade Y” assim como o Protocolo está para a “Cidade X”. Esse documento começou a ser discutido no ano de 2003, mas foi

de fato elaborado em 2006 por uma comissão formada por diversas instituições das áreas da Saúde, Assistência Social e Segurança Pública, além de estabelecimentos de ensino superior privados e públicos. A comissão de elaboração foi articulada pela assistente social entrevistada “AS3” (que também participou da produção do Protocolo); a profissional é a atual coordenadora geral do Fluxo Interno exercido no “Serviço de Saúde Y” desde 2007.

No Fluxo Interno estão descritos os setores de atendimento (Emergência Obstétrica, Geral ou Pediátrica) para as/os possíveis pacientes (mulheres, homens ou crianças e adolescentes) vítimas de violência sexual. Nele constam os procedimentos, rotinas e informações importantes organizados em 10 itens: acolhimento, preenchimento da ficha de notificação, orientações quanto ao registro policial, exame do IML, tratamento profilático, consentimento informado, demais exames, notificação ao Conselho Tutelar, encaminhamento dos formulários e endereços importantes da rede de serviços.

Nota-se no Fluxo Interno o cuidado na descrição ordenada e detalhada dos procedimentos em escrita de linguagem bastante acessível – o que provavelmente facilita aos profissionais o acompanhamento do fluxo no momento do atendimento. Destes itens destaca-se especialmente o primeiro deles por referir-se de maneira clara aos princípios de atendimento humanizado, conforme indicação anterior do MS:

1) Acolhimento: Assim que for informado se tratar de situação de violência sexual o paciente e acompanhante devem ter entrada prioritária na emergência não devendo aguardar em fila; a enfermagem do setor deve ser comunicada da chegada do paciente para prover local adequado ao atendimento, sendo este reservado e resguardado da curiosidade de terceiros; em hipótese alguma os profissionais do setor devem efetuar comentários em corredores quanto ao teor da violência ou do agravo. O profissional que estiver à frente do atendimento (médico/enfermeiro) deve dedicar-se a acalmar, orientar e explicar os procedimentos necessários na sequência do atendimento (“SERVIÇO DE SAÚDE Y”, 2006, p. 1).

O Fluxo do Programa de Interrupção Legal de Gravidez decorrente de Violência Sexual do “Serviço de Saúde Y” também é coordenado pela assistente social “AS3” entrevistada neste trabalho. Nele estão anexados os cinco termos obrigatórios, segundo modelos indicados pelo MS (Portaria n.º 1.508/2005), além de 11 itens e subitens explicativos – todos estritamente pautados em textos

das normas e orientações do MS para o atendimento a demanda de violência sexual e ILG.

O procedimento de ILG decorrente de situações de violência sexual no “Serviço de Saúde Y” ocorre desde o ano 2012. Ou seja: a realização de ILG não teve início concomitantemente à implantação do Fluxo Interno de Atendimento da Vítima de Violência Sexual, lá posto em funcionamento desde 2007.

E essa historia é interessante dela ser entendida. Quando iniciou o trabalho de atendimento de vítima sexual aqui o estado já tinha intenção de que o “Serviço de Saúde Y” também fizesse o procedimento de aborto legal e houve uma resistência médica muito grande. Até se avaliou na época, corria-se o risco de nem ser implantado o atendimento pra vítima sexual se fosse insistido na necessidade de também iniciar o programa de aborto legal. Então foi uma estratégia mesmo do estado. ‘Não, vamos começar como serviço de referência em violência e deixa o aborto legal em *stand by*’. De 2007 até ali 2010, eu participei, eu sempre participei dos eventos nacionais puxados pelo Ministério (da Saúde) e tal. E os trabalhos de aborto legal no Brasil tavam em defasagem, porque assim como o “Serviço de Saúde Y” muitas unidades Brasil afora só queriam atendimento de situação de violência e não queriam implantar o serviço de aborto legal. Precisou que o Ministério Público Federal movesse uma ação contra o estado, contra os vários estados da federação, “Estado Z” foi um deles, pra obrigar os serviços de referência a estender programa de aborto legal. Então isso chegou aqui em 2012 e a partir dessa deliberação da justiça é que o serviço pôde ser implantado. É como se entendesse assim: a justiça manda, cumpra-se, né. Até então a mediação não tinha sido possível (AS3, 2017).

Porém, mesmo após a implantação do serviço de ILG no “Serviço de Saúde Y”, a “AS3” relata dificuldades encontradas no cotidiano:

E essa resistência ela não se acabou por uma ordem judicial. Na verdade é uma resistência que ainda se mantém e que, no caso específico do aborto previsto em lei, o profissional médico ou qualquer outro profissional, ele tem direito à objeção de consciência (...). Então assim, às vezes o que que acontece, a gente é obrigado a chamar um medico específico, a gente é obrigada a internar essa mulher e aguardar o próximo plantão que vai entrar um médico que faça esse procedimento. São arranjos institucionais pra tu possibilitar que essa mulher acesse, mas é claro que isso faz parte de uma resistência à própria implantação do serviço (AS3, 2017).

Ainda a respeito do fenômeno da resistência, a “AS3”, coordenadora e, portanto, responsável pela preparação dos profissionais em relação dos fluxos

do “Serviço de Saúde Y”, narra acerca de outro obstáculo do mesmo contexto: a participação médica nos treinamentos.

A área médica, eu vou ter que ser bem franca, praticamente a gente não treinou até hoje. Os médicos que aqui fazem esse atendimento, eles fazem por experiência dos anos que já vem fazendo, por uma experiência de outros serviços, por exemplo, alguns já trabalham no “Serviço de Saúde M”, no “Serviço de Saúde Infantil N” e pelo suporte que o enfermeiro dá pra ele no atendimento (...). Eles sempre são envolvidos em tudo, mas eles não participam, e isso eu queria crer que fosse uma dificuldade do “Serviço de Saúde Y”, mas quando a gente vai nos eventos nacionais a gente vê que é unânime. Assim, às vezes tem alguns serviços, o serviço é coordenado por um médico. Mesmo sendo coordenado por um médico, que não é o nosso caso, mas mesmo esses serviços coordenados por um médico, ele trabalha muito isoladamente. Ele não consegue ter a cooperação mútua da classe médica pra esse serviço. Então eu vejo isso como (...) um desenho que é a maioria das instituições. A impressão que, assim ó, os serviços se mantém ativos e reciclados e há os treinamentos, porque profissionais de outras funções, como enfermeiro, assistente social, psicólogo, tomam frente, né, de reproduzir essa informação (...) quando eu falo e reforço a ausência dos profissionais médicos, eu tinha muito fortemente o desejo de poder discutir isso com profissionais médicos (AS3, 2017).

De acordo com dados internos narrados pela assistente social entrevistada “AS3”, de 2014 a meados de 2017, foram 7 realizações de ILG naquela instituição. Apesar de não haver parâmetro relatado para comparação em relação aos atendimentos de violência sexual em geral efetuados no “Serviço de Saúde Y”, este número é cerca de seis vezes menor que quantidade de ILG’s feitas no “Serviço de Saúde M” no mesmo período (vide Tabela 1).

Portanto, seria a resistência médica relatada pela “AS3” um dos fatores determinantes para o menor número de ILG’s realizadas no “Serviço de Saúde Y” em comparação ao “Serviço de Saúde M”, ambos situados na mesma região de abrangência?

No que se refere a outros aspectos da intervenção profissional neste contexto, baseado na entrevista com a assistente social do “Serviço de Saúde Y”, sobressaem-se os seguintes pontos importantes:

- A delegacia e o IML são os órgãos que mais encaminham mulheres para acesso à ILG no “Serviço de Saúde Y”. “O que reforça o que a gente já sabe: pra população violência sexual é caso de polícia, não é caso de saúde” (AS3, 2017). Há também encaminhamentos de crianças e

adolescentes que partem do Conselho Tutelar, além de outros casos com adultas vindos de unidades básicas de saúde.

- Em razão do tempo de implantação do Fluxo Interno no “Serviço de Saúde Y”, a “AS3” reflete que a falta de continuidade da articulação inicial entre os municípios da região e a pouca divulgação da possibilidade de realização da ILG são outros fatores que influenciam na baixa procura pelo serviço.

Em 2007 que isso tudo tava muito latente, que essas prefeituras todas foram visitadas, né, naquele momento a gente recebia casos, assim que implantou o serviço chegavam vítimas, né, desses municípios. E a gente percebe depois de 10 anos que essa informação se perdeu. Né, os técnicos mudaram, então, há municípios que a gente se pergunta: por que não vem mais ninguém pra ser atendido aqui? E a gente sabe, que não é que não tenha ocorrido mais casos de violência sexual lá; é porque essas pessoas historicamente procuram a delegacia pra registrar a ocorrência e quando ninguém na rede sinaliza a importância do atendimento de saúde ela não vai chegar, né. Então isso indica o que, que essa rede precisaria de um investimento de divulgação, e isso já não é competência do “Serviço de Saúde Y”. Seria na verdade competência do município cabeça de rede, que é “Cidade Y”. E “Cidade Y” faz esse movimento, dentro do seu município faz, certo? Mas os demais não fazem, e aí deles não há uma cobrança, um estímulo pra fazer, né (AS3, 2017).

- A Emergência é “porta de entrada” para a mulher que vem àquele serviço solicitar a realização da ILG.
- Assim como no município de atuação das assistentes sociais “AS1” e “AS2”, a equipe multidisciplinar de atendimento a demanda de ILG no “Serviço de Saúde Y” costuma ser composta por Serviço Social, representado pela “AS3”, e Psicologia – sempre com participação de outro profissional da Enfermagem ou Medicina.
- O domínio das normas e documentos pertencentes ao âmbito da ILG também é evidente quando observada a entrevista concedida pela assistente social “AS3”. O conhecimento acerca de todo o procedimento é democratizado com a usuária em atendimento.
- Além de toda a parte de atendimento individual à mulher que acessa o direito à ILG decorrente de situações de violência sexual no “Serviço de Saúde Y”, é atribuição da “AS3” a articulação multidisciplinar para efetivação da ILG, articulação intersetorial com a rede de atenção,

atualização e coordenação de exercício dos fluxos, além do treinamento de profissionais de todas as áreas daquela instituição quanto ao contexto de violência sexual e ILG.

- A respeito do cuidado durante o tempo de internação da mulher para realização da ILG percebe-se a sensibilidade técnica da “AS3” para com a situação de vulnerabilidade da usuária.

Então nesse tempo a equipe que é mobilizada, a gente tenta resguardar o máximo possível essa mulher. (...) A gente vai conversar diariamente com essa mulher, porque apesar de quando ela chega ela é orientada que ela tem o direito de escolha, inclusive a escolha de manter a gravidez até o final, de ter esse bebê e colocar pra adoção ou de fazer o aborto previsto em lei. Ela tem essas opções. Então é importante que a gente converse com essa mulher todos os dias pra ver se ela mudou não de ideia, né, e enquanto o procedimento não é feito ela pode mudar de ideia a qualquer tempo porque a escolha é dela, a decisão é dela. Então isso a gente tenta cuidar pra que o mínimo de profissionais, até pra evitar exposição, comentários ou às vezes um técnico que, né, que pode ter um pensamento contrário àquele procedimento, que possa de alguma maneira hostilizar essa paciente. Então a gente procura ter esse cuidado pra que ela se sinta acolhida por todo período que ela tiver aqui (AS3, 2017).

- Os encaminhamentos feitos pelo Serviço Social após a ILG no “Serviço de Saúde Y” costumam ser direcionados à rede de atenção primária em saúde, pois dependendo do município de origem da mulher pode não haver atendimento especializado no local de domicílio. No “Serviço de Saúde Y” não existe acompanhamento ambulatorial posterior à ILG, pois conforme pactuado entre os municípios que compõem a rede, a “retaguarda” subsequente é de responsabilidade das gestões municipais.

Assim, a partir da Norma Técnica (MS, 2012) e Portaria n.º 1.508/2005 do MS estão consolidadas em âmbito nacional as orientações e preceitos fundamentais para assistência à demanda de ILG decorrente de situações de violência sexual nos serviços de saúde. Baseado em documentos regionais e locais nota-se a articulação da rede e, principalmente, das instituições de saúde de forma materializada para atendimento às mulheres. E por fim, através de algumas das experiências narradas pelas assistentes sociais entrevistadas é possível observar características preliminares de dois serviços que dispõem da



realização do procedimento. Portanto, aprofunda-se a seguir, na última parte desta seção, a análise quanto a atuação do Serviço Social com alguns apontamentos.

### **3.2 Análise e reflexões sobre a ILG a partir do Serviço Social**

Para referenciar a análise acerca da intervenção profissional na área da saúde faz-se necessário recorrer inicialmente a um documento fundamental para o Serviço Social: os “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”. Este foi construído através de um amplo processo democrático<sup>25</sup> e finalmente publicado no ano de 2010 pelo CFESS.

De acordo com os Parâmetros as atribuições do Serviço Social na área da saúde podem ser organizadas e descritas de acordo com os seguintes eixos:

- 1) Atendimento direto aos usuários, com predominância de ações socioassistenciais, ações de articulação com a equipe de saúde e ações socioeducativas. Importante ressaltar que estas ações ocorrem de forma conjunta, “sendo complementares e indissociáveis”, integrando o processo coletivo de trabalho em saúde (CFESS, 2010). Neste eixo destacam-se diversas ações que vão ao encontro de atividades exercidas e/ou almejadas pelas assistentes sociais entrevistadas, entre elas:

- democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;

---

<sup>25</sup> A partir de discussões e sistematizações do Grupo de Trabalho (GT) “Serviço Social e Saúde” do 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS foi instituído em 2008 pelo CFESS um GT com o mesmo nome para elaboração dos Parâmetros. Este GT, com assessoria técnica da professora Dra. Maria Inês de Souza Bravo, foi composto por uma pessoa representante de cada Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) e mais cinco representantes do CFESS. Entre junho de 2008 e março de 2009 foram realizadas quatro reuniões do GT para elaboração de uma versão preliminar dos Parâmetros. Nos meses de abril e maio de 2009 o documento foi discutido pelos CRESS, serviços e universidades, não somente nas capitais, como em cidades do interior do país. No total foram 52 debates com participação aproximada de 5000 pessoas. Em junho de 2009 o documento foi pauta no Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde – evento com presença de cerca de 700 assistentes sociais. Outros documentos importantes foram consultados para produção dos Parâmetros, como publicações do CFESS e CRESS, secretarias municipais e estaduais de saúde, bem como MS (CFESS, 2010, p. 11-13).

- conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
- incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento da unidade, tendo por base os interesses e demandas da população usuária (...);
- avaliar as questões sociofamiliares que envolvem o usuário e/ou sua família, buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde proposto pela equipe;
- democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade;
- democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação (CFESS, 2010, p. 44-56).

- 2) Mobilização, participação e controle social: ações que visam a mobilização e participação em espaços de controle social e nas lutas pelo direito à saúde. São ações de estímulo, democratização, socialização e articulação entre usuários, familiares, trabalhadores da saúde e movimentos sociais em locais como conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas.
- 3) Investigação, planejamento e gestão: conjunto de ações que tem como objetivo fortalecer uma gestão democrática e participativa, com competência para formulação de propostas que favoreçam a garantia de direitos sociais, tanto para usuários do serviço, como para trabalhadores da saúde. Fazem parte deste eixo atividades de identificação do perfil e demandas da população usuária, bem como manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços de atuação do Serviço Social. Aqui também se encaixam ações de elaboração e avaliação de planos e projetos, participação em comissões e comitês de gestão, entre outras.
- 4) Assessoria, qualificação e formação profissional: ações de aprimoramento profissional para o Serviço Social que tem como propósito a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Este conjunto envolve educação permanente de trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde e representantes comunitários, assim como a colaboração na formação

de graduandos e residentes. Atividades de assessoria podem ser prestadas a profissionais, gestão ou movimentos sociais com vistas à emancipação dos trabalhadores e à ampliação do Estado com relação às políticas sociais (MATOS, 2006 apud CFESS, 2010).

Percebe-se que há maior correspondência de ações relatadas pelas assistentes sociais entrevistadas neste estudo quanto ao eixo “atendimento direto aos usuários”, seja pela realidade do cotidiano profissional ou pelo roteiro de perguntas semiestruturadas utilizado nas entrevistas – o qual se ateuve somente a questões diretamente relacionadas à ILG decorrente de situações de violência sexual.

Para estas profissionais a importância da intervenção profissional do Serviço Social nesse âmbito está pautada em protagonizar a articulação e mediação do trabalho em equipe multidisciplinar e posicionar-se na defesa da efetivação do direito da mulher em realizar a ILG diante de um assunto que “ainda é muito tabu” e que às vezes gera desconfiança de outros profissionais em relação a verdade contida no relato da mulher (AS1, 2017). Além disso, há profissionais que possuem o entendimento que realizar uma ILG é ir contra o princípio de salvar vidas.

E a gente vê em outras áreas, principalmente da área médica, que eu sempre tenho um embate muito grande, que eu tento discutir com essa categoria e isso às vezes é muito (...) considerar que é uma vida que tá sendo tirada e que ele não se formou para tirar vidas e sim para salvar vidas e assim não há leitura do direito da mulher que sofreu violência (AS3, 2017).

É sabido que o trabalho em equipe não necessariamente significa troca de saberes de forma horizontal e recíproca entre àqueles profissionais que se encontram diante de uma determinada situação. Por isso, nem todo atendimento em conjunto pode ser chamado de interdisciplinar, pois este pressupõe uma postura solidária e coerência entre pensar e fazer; um trabalho coletivo que exige diversidade e disponibilidade para poder trocar, aprender e ensinar (TEIXEIRA, NUNES, 2012).

Dessa forma, segundo o que se pode concluir a partir das entrevistas, os atendimentos às usuárias no contexto da ILG decorrente de situações de violência sexual, tanto no “Serviço de Saúde M” quanto no “Serviço de Saúde Y”, tendem a se configurar como *multidisciplinares* (e não *interdisciplinares*), uma

vez que nem todos os profissionais das áreas envolvidas demonstram receptividade para o entendimento do direito da mulher – o qual o Serviço Social se propõe a elucidar.

A interdisciplinaridade é uma ferramenta que pode contribuir para o avanço da atenção qualitativa, da satisfação completa do usuário do serviço. Para isso é necessário que a equipe se diversifique, inserindo profissionais que tenham, em sua formação, conteúdos teórico-metodológicos que possam trazer este conhecimento que se completa ao clínico e ao epidemiológico, como o social, e que caminhem para a alternativa do modelo da atenção à saúde (TEIXEIRA, NUNES, 2012, p. 141).

Importante citar que no trecho de Teixeira e Nunes (2012) a referência é o modelo de atenção primária em saúde, mais especificamente em relação à formação das equipes da ESF. No entanto, dado o modelo de atendimento posto à realização da ILG, supõe-se que o exemplo da interdisciplinaridade aplicado nesse âmbito colaboraria para um aprimoramento do serviço.

Os desafios descritos pelas profissionais “AS1”, “AS2” e “AS3” em relação ao Serviço Social e demais profissões para a efetivação do direito a ILG decorrente de situações de violência sexual estão centrados nas eminentes ameaças de retirada de direitos diante do atual cenário político brasileiro.

Mas é muito complicado, né, porque a gente tá tendo uma avalanche conservadora radical no nosso Congresso, que tá assim ameaçando esse direito (...). Então, assim, a gente tá tentando consolidar um serviço que tá completamente ameaçado (AS1, 2017).

A gente tá num momento retrógrado, assim, eu acho que, eu tô cada vez mais preocupada principalmente, claro, com os serviços de saúde (...). Como se vê a mulher hoje, como tão se vendo, acho que algumas coisas podem retroceder, né. Então, em paralelo a isso tem a questão do próprio direito sexual e reprodutivo, quanto ao acesso à interrupção (AS2, 2017).

Recentemente eu me assustei em saber que havia na Câmara Federal um projeto do Eduardo Cunha pra fechar essas portas todas. Então, assim, isso é muito louco, porque tu vê já tá na lei, o aborto tá previsto na lei desde 1940. Se levou (...) até o século 21 pra tu começar, o primeiro serviço foi implantado em 2000 no Brasil. O serviço de atendimento à violência, porque o aborto legal vem depois ainda. Então, quer dizer, lá já se foram 60 anos uma coisa que já tava tipificada em lei pra tu criar o primeiro serviço, pra tu tornar aquilo uma política pública. E aí de repente uma cabeça, um político, um gestor acha que tudo isso pode ser desfeito (AS3, 2017).

Nestes trechos é possível observar a preocupação das assistentes sociais com relação à manutenção e à ameaça de retirada de direitos das mulheres, especialmente em relação ao serviço de ILG. Segundo Lisboa (2014), o aborto inseguro é a quinta causa de morte de mulheres no Brasil e sem acesso à ILG a mortalidade poderia aumentar ainda mais.

A forma como as mulheres são tratadas em observância com as leis (...) as leva à conclusão de que não podem obedecer normas privadas particulares, propostas por homens e levadas a cumprir por homens (LISBOA, 2014, p. 272).

E nessa lógica, portanto, a ILG decorrente de situações de violência sexual seria um direito a ser retirado também por homens. Contudo, à título de apontamento frente a essa questão, a mesma autora lembra que as normas de uma sociedade não se alteram por decreto, mas somente se modificam se os significados e valores da mesma também se alterarem (LISBOA, 2014). A contribuição do Serviço Social no que diz respeito à mobilização, participação e controle social se mostra nessa perspectiva, então, de grande importância para o exercício profissional na garantia de direitos.

A exposição a respeito do posicionamento em favor da efetivação do direito da mulher, ou seja, do acesso a ILG decorrente de situações de violência, não se constitui de maneira geral numa preocupação para as assistentes sociais entrevistadas. No entanto, estas observam dificuldades de entendimento acerca da questão do direito da mulher de, ao sofrer uma violência sexual (questão central), não querer levar adiante uma consequência fruto desta.

É muito complicado que as pessoas não querem fazer, não querem tocar nesse assunto, não querem estar, né, envolvidas nessa equipe porque muitas vezes nós fomos taxadas aqui de 'ah, a equipe do aborto'. A equipe do aborto (AS1, 2017).

Acho que ele é um assunto muito velado, né, as pessoas não querem falar sobre isso, é difícil até. Tu fala isso pra uma, pros profissionais de saúde, mas a informação ela não é amplamente divulgada. Justamente por esse nó que é lidar com o tema (AS2, 2017).

(...) tem anos que a gente não faz treinamento em serviço, que é aquele assim, o bê-á-bá, né, os fluxos, 'vamo lá ver como é que é'. E tem anos que a gente (...) polemiza a questão, né, a questão violência sexual, (...) toda essa formação do pensamento, né, da simbologia sobre violência, sobre aborto. E quando a gente tem esse tipo de discussão a gente consegue perceber que ainda é muito indigesto (...). Eu sempre vou tentar

validar o direito dessa mulher e fazer esse discurso internamente, não pra convencer o colega, mas fazer pensar, mas são sempre os mesmos que estão dispostos a auxiliar. A gente acaba trabalhando sempre num grupo assim de, são os mesmos discutindo com si mesmos, convencendo a si mesmos, tentando melhorar. A nossa grande dificuldade é avançar pra aqueles que não tem essa mesma compreensão, e eu acho que isso vai ser em todo serviço de saúde (...). O maior desafio é a gente ampliar essa conversa (AS3, 2013).

Diante do exposto pressupõe-se que a “falta de entendimento” individual em relação ao direito de acesso à ILG interfere de forma subjetiva, porém notável, no atendimento às usuárias do serviço. Para compreensão acerca dessa questão entende-se que é preciso fomentar diálogos a respeito da violência sexual do homem contra mulher, sendo fundamental um olhar de gênero para isso. Através deste ponto de vista talvez fosse possível superar a dificuldade inicial e transcender as noções religiosas e conservadoras que reduzem uma grave consequência de violência sofrida pela mulher em percepções que naturalizam o papel materno da vítima sobrevivente em detrimento da vida de um possível bebê indesejado e fruto de um ato brutal.

Em relação à maternidade, o que é imposto à mulher pela concepção hegemônica da sociedade é que ela (a maternidade) deve ser aceita por todos e todas; deve ser um desejo de todas as mulheres. Mesmo quando inesperada, a gravidez deve ser bem vinda; a sociedade – hegemônica atual - não permite que ela (a mulher) rejeite ‘um filho’ desta sociedade. Assim, uma gravidez mesmo quando não desejada ou planejada, deve ser aceita. Perpetuando-se essa imposição, constrói-se o mito da maternidade (...) Nesse sentido a defesa da vida é um pressuposto básico ético e também moral; trata-se muito mais da coerência em atribuir esse direito àqueles que já o experimentaram, ou seja: tem direito à vida quem já vive (LOLATTO, 2004, p. 47-48).

Obviamente a resposta negativa de um profissional diante da solicitação de ILG não pode ser resumida à negação total do direito da mulher em realizar o procedimento. Porém, demonstra de maneira clara a forte resistência que existe em relação ao assunto, inclusive dentro de instituições públicas de saúde que têm a competência de executar a ILG.

Neste sentido, o comprometimento do Estado é essencial – tanto com as leis que estão vigentes, por exemplo nos casos de aborto legal, como com a garantia de que lhe prestem atendimento público de saúde para aquelas que têm complicações após um aborto (mesmo clandestino). Na verdade, a liberalização e a garantia do atendimento público ao aborto

seria o ideal, uma vez que, sempre houve abortos em todas as sociedades. O que há de mais importante são as condições em que ele é praticado e a forma como é encarado (...) (LOLATTO, 2004, p. 45).

Outro ponto abordado nas entrevistas com as assistentes sociais trata sobre as conquistas obtidas pelas mulheres no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos considerados pelas profissionais como relevantes na conjuntura brasileira.

Olha, eu acho que talvez uma conquista muito tardia, mas que tá aí, de fato tá tentando incentivar o direito, mas eu acho que tem que ampliar muito mais essa discussão em relação aos direitos sexuais e reprodutivos e tudo assim. Porque a gente já tem a dificuldade de viabilizar uma coisa que é garantida desde 1940 que começou a se implementar no final dos anos 1980, assim, foi a primeira interrupção que se tem notícia, assim, documentada. E aí, tá. Estruturando os serviços e tudo, mas ainda assim perpassa a questão da própria mulher, do direito ao seu corpo, da sua decisão. Em muitos países isso já é lei, né. Então a gente tá muito atrasado ainda, em relação a isso (AS2, 2017).

Falar em avanços acho que sim, é legal tudo que a gente teve e tudo mais, mas a palavra retrocesso ela tá colada com o avanço, sabe? (...) A gente tá o tempo todo ameaçada (AS1, 2017).

Eu queria pensar que não, que o que tá conquistado tá conquistado, mas a gente sabe que não é assim. É assim, a mobilização que teve que ser feita pra isso acontecer, né. Meu deus, as discussões... Hoje quando a gente fala assim: "ah não, o serviço não exige boletim de ocorrência". Mas eu participei das discussões, a gente sabe a luta que foi pra tu construir um protocolo que não fosse exigido boletim de ocorrência. Discuta com a justiça mediando, sabe? Existia muitos serviços que exigiam boletim, então isso foi realmente travado na guerra pra tu conseguir desconstruir. E pode reverter? Infelizmente pode, porque é uma política pública não é? Ele acontece na prática, apesar de ser um direito previsto em lei, mas ele acontece na prática porque uma política pública foi instituída pra dar conta disso (AS3, 2017).

Ao que parece, mediante a fala das entrevistadas, é difícil não associar os direitos já obtidos pelas mulheres ao atual assustador cenário conservador da política brasileira. Contudo, no intuito de não perder de vista o horizonte de direitos conquistados, merece ser recordada a histórica luta dos movimentos feministas pela garantia de direitos reprodutivos e sexuais na década de 1980, como trazem Ávila e Corrêa (1999):

No Brasil e no mundo a emergência política e a legitimação das questões relativas à saúde feminina são um componente crucial de uma agenda que combina a valorização das experiências corporais das mulheres com estratégias que visam a transformar discursos e práticas sociais que fazem dessas experiências *locus* de subordinação. Assim, nos esforços teóricos e na ação desenvolvida pelas feministas, ganha posição de destaque a demanda pelo livre exercício da sexualidade, que tem, na demanda por aborto legal e o acesso à contracepção não coercitiva, seus fios condutores (ÁVILA, CORRÊA, 1999, p. 74).

Na mesma direção apontada anteriormente pelos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, de acordo com Bravo e Matos (2012), para se pensar uma atuação competente do Serviço Social nesta área é necessário:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;  
 Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma crítica e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS;  
 Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros profissionais, espaços nas unidades de saúde que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas. Bem como levantar discussão e defesa da participação crítica também dos funcionários nesses espaços;  
 Estar sempre disposto a procurar reciclagem, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde (MATOS, BRAVO, 2012, p. 45-46).

Por fim, considerando o recorte do roteiro de entrevista e a partir da relação estabelecida entre atividades exercidas no cotidiano profissional e orientações sugeridas tanto pelo MS, “PMX”, “Serviço de Saúde Y” e CFESS, como por diversos autores, compreende-se que o papel desenvolvido pelas assistentes sociais “AS1, AS2 e AS3” em seus locais de trabalho está em consonância com os preceitos ora estabelecidos para tal.

Conforme Lolatto e Lisboa (2013) concluem:

A intervenção da assistente social frente à solicitação de um aborto pode se dar através do diálogo com as necessidades e a situação da mulher que procura essa profissional buscando uma saída; pode-se intervir amparada pela reflexão ética que exige a criticidade e a perspectiva de totalidade e pelos valores que se apoiam na liberdade e emancipação humana. Levar em conta todos esses elementos significa trabalhar tendo em vista as contradições do processo social na sua totalidade, considerando a realidade concreta (LOLATTO, LISBOA, 2013, p.83).



Sendo assim, o atendimento à demanda de ILG decorrente de situações de violência sexual se constitui para o Serviço Social num grande desafio cotidiano; de não somente trabalhar pela ampliação dos direitos da mulher em relação a sua saúde reprodutiva, como de garantir que o acesso ao procedimento não seja dificultado, negado ou mesmo por lei revogado – sem perder de vista importantes ações que colaborem para a eliminação de todas as formas de discriminação e violência.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise da intervenção do Serviço Social frente à demanda de ILG decorrente de situações de violência sexual este estudo teve como intuito conhecer a conjuntura que envolve o processo para além dos aspectos legais, de orientação do serviço e parâmetros de atuação dos profissionais.

Para tanto, percebeu-se através da pesquisa a complexidade e gravidade das violências contra a mulher, que são de características históricas, perpetradas em torno da questão de gênero, com vistas à manutenção da dominação do poder masculino. O esforço substancial de preservação do aborto clandestino como tal, em prejuízo do abortamento seguro, é inclusive uma das formas de demonstração do quão importante é para os homens assegurar o seu domínio sobre os corpos e a vida das mulheres.

Dentre as expressões da violência contra a mulher a violência sexual é uma das formas de agressão mais cruéis, pois não obstante o contexto de agressão física, ameaças e violência psicológica, conforme demonstrado neste estudo, o estupro pode ainda ter como uma de suas consequências a violência institucional no âmbito do próprio atendimento no serviço de saúde, fazendo com que a mulher seja revitimizada ao buscar tratamento.

A cultura do estupro perpassa por inteiro o cenário que abrange essa trama social e com isso explica a produção e reprodução das manifestações que fazem parte desse sistema normativo figurado. As atribuições dos papéis de gênero feitas a homens e mulheres determinam as suas relações desde o nascimento até o fim de suas vidas, transcorrendo todo e qualquer aspecto das mesmas. Ademais, como visto, determinou até mesmo a criação da lei de ILG no Brasil em consideração principal à honra da “família tradicional”, liderada pelo pai ou marido e, portanto, concebida em benefício destes.

O aprofundamento da ideologia machista na atualidade parece conseguir superar a premissa anterior quando deputados federais propõem um projeto de lei, abraçado por outras significativas lideranças políticas, para proibir a ILG decorrente de situações de violência sexual, obrigando as mulheres a concluir a gestação e a registrar a criança em conjunto com o estuprador.

Com algumas ressalvas em relação à determinação da idade gestacional nos diferentes serviços de saúde e a disponibilidade de acolhimento em datas e

horários específicos, compreende-se que de modo geral o aparato organizacional que alicerça a realização de ILG nas esferas nacionais e regionais mostra-se bastante abrangente quanto à totalidade dos itens técnicos e psicossociais abordados.

Porém, acredita-se que a censura à livre interrupção da gestação, segundo breves levantamentos deste estudo, está longe de ser considerada como uma discussão irrelevante à saúde das mulheres, visto que na realidade concreta de um milhão de ocorrências por ano esta pune, flagela e mutila, além de levar a óbito uma delas a cada dois dias – somente no Brasil (OMS, 2005 apud BERTH, 2016, s/p).

No desenvolvimento da pesquisa, quanto ao Serviço Social e o aborto, constatou-se certa escassez de produção científica específica sobre o assunto. Conforme apontam Menezes e Aquino (2009, apud CORGOZINHO, LIMA; CAVALCANTI, 2016), isto se deve ao fato de que o tema do aborto envolve questões de cunho moral e religioso, podendo ser rejeitado quando trazido à tona e com isso dificultando a coleta de dados a partir de mulheres que já fizeram a interrupção da gestação.

Percepções da autora deste trabalho, compartilhada com outras colegas, quanto às falas de graduandos de Serviço Social em sala de aula durante debates em torno do tema do aborto e ILG indicam que pode existir entre os futuros assistentes sociais resistência em entender a importância das conquistas e lutas das mulheres no que concerne o direito ao próprio corpo. Com isso recorda-se dos primeiros momentos de socialização entre os ingressantes no curso, quando muitos relataram motivações religiosas/benevolentes para terem escolhido o Serviço Social como profissão a seguir.

Embora estas características não tenham sido demonstradas nas entrevistas realizadas neste trabalho, supõe-se que a falta de produção científica quanto ao aborto e a ILG na área do Serviço Social tenha relação direta com o tabu que circunda o assunto em nossa sociedade, na qual, obviamente, as assistentes sociais também estão inseridas. Sendo essa hipótese verdadeira ou não, conclui-se de toda forma que trata-se de uma conjectura que pode ser investigada em outro estudo.

## REFERÊNCIAS

ABROMOVAY, Pedro. In: **Meu Corpo, Minha Vida**. Direção: Helena Solberg. Produção: Radiante Filmes e Morena Filmes. Rio de Janeiro, 2017. Documentário, 60min. Disponível em: <<https://globosatplay.globo.com/gnt/v/5768173/>>. Acesso em: 10 Set. 2017.

AVILA, Maria Betânia. **Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde**. *Cad. de Saúde Pública*, v. 19. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000800027&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800027&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 26 Ago. 2017.

AVILA, Maria Betânia; CORREA, Sonia. **O Movimento de Saúde e Direitos Reprodutivos no Brasil: Revisitando Percursos**. *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, Population Council, p. 70-103, 1999.

BERTH, Joice. **Mortes por aborto no Brasil: a legitimação da nossa ignorância**. *Justificando, Carta Capital*. 2017. Disponível em: <<http://justificando.cartacapital.com.br/2016/09/28/mortes-por-aborto-no-brasil-legitimacao-da-nossa-ignorancia/>>. Acesso em: 21 Out. 2017.

BIROLI, Flávia. **O Debate Sobre Aborto**. *Feminismo e Política*. São Paulo: Boitempo, p. 123-130, 2014.

BRASIL. **Constituição**. República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>. Acesso em: 26 Ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Consultoria Jurídica/Advocacia Geral da União. **Nota Técnica n. 338, 01 de Outubro de 2013**. Diário Oficial da União. Brasília. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/11/Misoprostol.pdf>>. Acesso em: 24 Ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1508, 01 de Setembro de 2005**. Diário Oficial da União. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508\\_01\\_09\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html)>. Acesso em: 12 Ago. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto-Lei n. 2848, 07 de Dezembro de 1940**. Diário Oficial da União. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm)>. Acesso em: 9 Ago. 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate**. *Saúde e Serviço Social*, 5. ed. São Paulo: Cortez, p. 25-49, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza (Org) et al. **Saúde e Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, p. 15-22, 2012.

BURIGO, Joana. **A cultura do estupro**. *Carta Capital*. 2016. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/a-cultura-do-estupro>>. Acesso em: 12 Ago. 2017.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. **The World's Abortion Laws 2017**. 2017. Disponível em: <<http://worldabortionlaws.com/>>. Acesso em: 2 Ago. 2017.

CERQUEIRA, Daniel; COELHO, Danilo Santa Cruz. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar)**. *Nota Técnica n. 11*. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/140327\\_notatecnicadiest11.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecnicadiest11.pdf)>. Acesso em: 2 Set. 2017.

CFESS. **Parâmetros Para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. (Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais) Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 30 Set. 2017.

CHAUÍ, Marilena. **Ética e violência**. *Teoria e Debate*. 1998. Disponível em: <<http://www.teoriaedebate.org.br/materias/sociedade/etica-e-violencia>>. Acesso em: 7 Set. 2017.

CORGOZINHO, Kamila Delfino Santos; LIMA, Amanda Caico Collares de; CAVALCANTI, Ludmila Fontelene. **A Produção Sobre a Temática do Aborto: Aproximação com o Serviço Social**. In: CONGRESSO DE ASSISTENTES SOCIAIS DO RIO DE JANEIRO, II. 2016, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://www.cressrj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/05/128.pdf>>. Acesso em: 29 Set. 2017.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documentos para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. *Estudos Feministas*, p. 171-188, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>>. Acesso em: 29 Set. 2017.

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. **Pesquisa Nacional de Aborto 2016**. *Ciênc. Saúde coletiva*, v. 22, n. 2. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 9 Ago. 2017.

EDITORA MELHORAMENTOS. **Michaelis**: Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/aborto/>>. Acesso em: 5 Set. 2017.

GROSSI, Miriam. **Identidade de Gênero e Sexualidade**. 200?. Disponível em: <[http://miriamgrossi.paginas.ufsc.br/files/2012/03/grossi\\_miriam\\_identidade\\_de\\_genero\\_e\\_sexualidade.pdf](http://miriamgrossi.paginas.ufsc.br/files/2012/03/grossi_miriam_identidade_de_genero_e_sexualidade.pdf)>. Acesso em: 2 Set. 2017.

HOTIMSKY, Sonia N.. **O impacto da criminalização do aborto na formação médica em obstetrícia**. *Políticas e Fronteiras – Desafios Feministas*, v. 2. Tubarão: Copiart, v. 2, p. 441-471, 2014.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE GÊNERO. **Seminário Internacional Fazendo gênero**. Florianópolis, 2010. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/conteudo/view?ID\\_CONTEUDO=581](http://www.fazendogenero.ufsc.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=581)>. Acesso em: 19 Set. 2017.

LEÃO, Bruna. **Cultura do Estupro, Direitos Humanos e Cidadania**. *Não Me Kahlo*. 2015. Disponível em: <<http://www.naomekahlo.com/single-post/2015/01/02/Cultura-do-Estupro-Direitos-Humanos-e-Cidadania>>. Acesso em: 7 Set. 2017.

LISBOA, Teresa Kleba. **Gênero, feminismo e Serviço Social – encontros e desencontros ao longo da história da profissão**. *Rev. Katálysis*, v.13, n. 1. Florianópolis, p. 66-15, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v13n1/08>>. Acesso em: 2 Set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Igualdade ou equivalência de direitos frente às situações que discriminam as mulheres?**. *Políticas e Fronteiras – Desafios Feministas*, v. 2. Tubarão: Copiart, v. 2, p. 253-277, 2014.

LOLATTO, Simone. **A intervenção do assistente social frente a solicitação do aborto**. Florianópolis, 2004. Dissertação (Serviço Social) - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/88197/211967.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 14 Out. 2017.

LOLATTO, Simone; LISBOA, Teresa Kleba. **Profissionais de serviço social frente à questão do aborto - a ética em debate**. *Bagoas*, n. 3. p. 65-85, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/4656/3812>>. Acesso em: 22 Out. 2017.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Débora. **Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional**. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 21, p. 563-572, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0563.pdf>>. Acesso em: 9 Ago. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: Norma Técnica. 2. ed. Brasília, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento\\_norma\\_tecnica\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf)>. Acesso em: 7 Set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos:** Uma prioridade do Governo. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf)>. Acesso em: 26 Ago. 2017.

\_\_\_\_\_. **Morte Encefálica.** *Portal da Saúde - Ministério da Saúde.* Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/366-sas-raiz/dahu-raiz/transplantes-raiz/transplantes/21680-morte-encefalica>>. Acesso em: 13 Set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes:** Norma Técnica. 3. ed. Brasília, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf)>. Acesso em: 24 Ago. 2017.

NETTO, José Paulo. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social.** *Serviço Social e Saúde - Formação e Trabalho Profissional*, 4. ed. São Paulo: Cortez, p. 141-160, 2009.

PORTO, Rozeli. **Desafios e Avanços Sobre o Aborto no Brasil e na América Latina.** *Políticas e Fronteiras – Desafios Feministas*, v. 2. Tubarão: Copiart, v. 2, p. 473-485, 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE “X”, **Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual do Município de “X”.** Cidade “X”: 2016.

PREVEDELLI, Amanda. **Entenda como funciona o aborto no Brasil e no mundo.** *Revista Galileu.* 2016. Disponível em: <<http://revistagalileu.globo.com/Sociedade/noticia/2016/06/entenda-como-funciona-o-aborto-no-brasil-e-no-mundo.html>>. Acesso em: 9 Set. 2017.

SAFIOTTI, Heleieth I. B.. **O poder do macho.** São Paulo: Moderna, 1987.

SANTOS, Débora. **Supremo decide por 8 a 2 que aborto de feto sem cérebro não é crime.** *G1, 12 Abr.* 2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2012/04/supremo-decide-por-8-2-que-aborto-de-feto-sem-cerebro-nao-e-crime.html>>. Acesso em: 13 Set. 2017.

SERVIÇO DE SAÚDE “M”. **Protocolo de Atendimento de Interrupção Legal da Gestação.** Cidade “X”: 2016.

SERVIÇO DE SAÚDE “Y”. **Fluxo Interno de Atendimento da Vítima de Violência Sexual no “Serviço de Saúde Y”.** Cidade “Y”: 2006.

SERVIÇO DE SAÚDE “Y”. **Fluxo do Programa de Interrupção Legal de Gravidez decorrente de Violência Sexual.** Cidade “Y”: 2006.

SILVA, Jéssica de Paula Bueno da. **A construção das identidades de gênero na modernidade ocidental: a incapacidade do direito em reconhecer as/os transexuais.** *XXVI Congresso Nacional do CONPEDI São Luís – MA: Gênero,*

*Sexualidades e Direito I*, p. 56-73. Disponível em: <<https://www.conpedi.org.br/publicacoes/27ixgmd9/87c3w5u1/Pz685E446m2BM473.pdf>>. Acesso em: 06 Jan. 2018.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. **A Pesquisa Científica. Métodos de Pesquisa**, 1. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, p. 31-43, 2009. (Educação à Distância) Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 21 Out. 2017.

SOUSA, Renata Floriano de. **Cultura do estupro: prática e incitação à violência sexual contra mulheres**. *Rev. Estudos Feministas*, v. 25, n. 1, p. 9-29, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2017000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2017000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 2 Set. 2017.

TEIXEIRA, Mary Jane Oliveira; NUNES, Sheila Torres. **A interdisciplinaridade no programa saúde da família: uma utopia?**. *Saúde e Serviço Social*, 5. ed. São Paulo: Cortez, p. 127-144, 2012.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3. ed. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos\\_reprodutivos3.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf)>. Acesso em: 26 Ago. 2017.



## APÊNDICE 1



Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro Socioeconômico  
Departamento de Serviço Social

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Baseado na Resolução 466/2012

Trata o presente documento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujo objetivo é esclarecer e assegurar informações necessárias às participantes do trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social da acadêmica **JULIA DE SOUZA DELGADO**, portadora do CPF n.º XXX.XXX.XXX-XX, a saber:

- I. O trabalho a ser desenvolvido tem o título de “**Serviço Social e interrupção legal da gestação decorrente de situações de violência sexual**”, cujo objetivo principal é a análise da intervenção do Serviço Social frente a esta demanda.
- II. Este se justifica pela relevância transversal e atemporal às políticas públicas e, especificamente à área da saúde, dos temas: direitos reprodutivos e sexuais, aborto e interrupção legal da gestação, violência de gênero, violência sexual e “cultura do estupro e intervenção profissional.

A participação das assistentes sociais das instituições escolhidas será requisitada neste trabalho sob forma de entrevista com roteiro de perguntas semiestruturadas conforme anexo ao final deste Termo, ficando ao critério das entrevistadas as respostas que desejarem compartilhar. A entrevista concedida por cada uma das assistentes sociais (em conjunto ou em separado, de livre acordo com o que decidirem) será com hora marcada em local apropriado para garantir a sua privacidade. A confidencialidade fica desde já assegurada diante deste Termo, uma vez em que a acadêmica JULIA DE SOUZA DELGADO assume o compromisso de manter a gravação

de áudio da entrevista em mídia digital somente a ser utilizada para o fim aqui exposto – se assim concordarem as entrevistadas. Por razões éticas, será feita uma devolução por e-mail a cada uma das entrevistadas com toda a narrativa transcrita para eventuais retornos com ajustes e/ou sinalização de confirmação.

Considera-se que a entrevista é essencial para a realização e cumprimento do objetivo deste trabalho. Espera-se que os benefícios obtidos a partir da participação das assistentes sociais sejam de contribuição na análise de suas próprias conquistas e desafios do cotidiano profissional, permitindo assim a reflexão e conseqüente aprimoramento da práxis destas e demais profissionais, bem como de acadêmicas e acadêmicos que tenham interesse no tema. Não obstante, todo o trabalho e seu objeto têm como grande alvo beneficiário as mulheres atendidas dentro desse contexto.

- III. Esclarecimentos e recusa: a qualquer tempo as participantes poderão requerer maiores esclarecimentos sobre a metodologia de desenvolvimento do trabalho. Também lhes é garantido o direito de recusar-se ou retirar o seu consentimento de participação, sem qualquer penalização ou prejuízo, bastando entrar em contato com a acadêmica.
- IV. Garantia de sigilo: todas as informações prestadas serão tratadas como dados confidenciais entre as participantes, orientadora e a acadêmica JULIA DE SOUZA DELGADO. Em todas as publicações ou divulgações serão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes à identificação das participantes.
- V. Despesas e indenização: não haverá nenhuma despesa para as participantes, tampouco para deslocamento, pois se pretende sugerir o agendamento das entrevistas na sala do setor de Serviço Social das instituições escolhidas ou em sala reservada pela acadêmica junto ao Departamento de Serviço Social do Centro Socioeconômico da UFSC. A indenização às participantes diante de qualquer ônus que houver neste trabalho é indefinida, uma vez que este Termo deve abranger e esgotar todas as condições e esclarecimentos necessários a sua contribuição.

Diante do exposto, solicita-se o consentimento das participantes de acordo com as informações aqui prestadas, reiterando o desejo da acadêmica no

desenvolvimento de um trabalho comprometido com os valores éticos da Universidade Federal de Santa Catarina e do Serviço Social.

DADOS DA ACADÊMICA/ORIENTANDA RESPONSÁVEL POR ESTE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO:

Nome completo: Julia de Souza Delgado

CPF:

Endereço completo:

Endereço de e-mail:

Telefone:

DADOS DA PROFESSORA ORIENTADORA RESPONSÁVEL POR ESTE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO:

Nome completo: Keli Regina Dal Prá

CPF:

Endereço completo:

Endereço de e-mail:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DA PARTICIPANTE VOLUNTÁRIA NESTE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO:

Nome completo \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:

“Declaro que em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ concordei em contribuir na qualidade de voluntária participante do trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social intitulado “**Serviço Social e interrupção legal da gestação decorrente de situações de violência sexual**” após estar devidamente informada sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pela acadêmica responsável pelo trabalho, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra a

acadêmica. As informações fornecidas a acadêmica serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades deste trabalho, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sob a responsabilidade da acadêmica e sua professora orientadora. Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente trabalho. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a uma das responsáveis acima citadas”.

Florianópolis, 03 de maio de 2017.

---

Assinatura da voluntária participante

---

Assinatura da acadêmica/orientanda

## APÊNDICE 2

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – ASSISTENTES SOCIAIS

- 1) Conte sobre a sua trajetória profissional: há quanto tempo trabalha nesta instituição hospitalar, neste setor e no atendimento às mulheres que aqui buscam a interrupção legal da gestação decorrente de situações de violência sexual.
- 2) Por favor, situe detalhadamente o processo geral de atendimento a esta demanda dentro do fluxo do qual esta instituição faz parte, comentando, se possível, os itens a seguir:
  - a. Há quanto tempo esta instituição atende mulheres vítimas de violência sexual?
  - b. A instituição se baseia em e/ou possui documentos orientadores para o atendimento das mulheres que buscam a interrupção legal da gestação decorrente de situações de violência sexual? Estes documentos estão acessíveis?
  - c. Se há este relato por parte da mulher atendida, a partir de qual espaço (outros serviços de saúde, delegacias ou família, por exemplo) ela costuma chegar até esta instituição?
  - d. Quais são e como acontecem os encaminhamentos internos (profissionais que compõem a equipe de atendimento e outros setores pelos quais a mulher é assistida)?
  - e. Existe uma rede de apoio para a qual a mulher é encaminhada após a interrupção da gestação? Quais são os principais encaminhamentos externos? Há acompanhamento posterior por parte desta instituição?
- 3) Descreva qual é o trabalho do Assistente Social frente a esta demanda nesta instituição.

- 4) Qual é a importância da intervenção profissional do Serviço Social no atendimento às mulheres que buscam a interrupção legal da gestação decorrente de situações de violência sexual?
- 5) Em sua opinião, quais são os desafios dos assistentes sociais (e outros profissionais) na efetivação do direito à interrupção legal da gestação em situações de violência sexual nesta instituição? Há preocupação em posicionar-se tecnicamente a favor do procedimento?
- 6) Quais são as conquistas obtidas pelas mulheres no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos que você considera relevantes na conjuntura brasileira? Você observa atualmente algum perigo de retrocesso no âmbito destes direitos?
- 7) Qual é o seu posicionamento profissional acerca da interrupção da gestação?
- 8) Por gentileza, se desejar, comente livremente questões em relação à interrupção da gestação que julgue importantes de serem compartilhadas.