

ANNA CHRISTINA GIRARDI DIAS WILLEMSSENS

ABORTAMENTO LEGAL NOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL REALIZADO NO MUNICÍPIO DO RIO
DE JANEIRO – Perfil de um serviço

Dissertação apresentada à
Universidade Estácio de Sá como
requisito parcial para obtenção do
grau de Mestre em Saúde da Família.

Mestrado Profissional.

ANNA CHRISTINA GIRARDI DIAS WILLEMSSENS

ABORTAMENTO LEGAL NOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL REALIZADO NO MUNICÍPIO DO RIO
DE JANEIRO – Perfil de um serviço

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Maria Borges da Matta Souza

Coorientador: Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael

ANNA CHRISTINA GIRARDI DIAS WILLEMSSENS

ABORTAMENTO LEGAL NOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL REALIZADO NO MUNICÍPIO DO RIO
DE JANEIRO – Perfil de um serviço

Dissertação apresentada à
Universidade Estácio de Sá como
requisito parcial para obtenção do
grau de Mestre em Saúde da Família.

APROVADA EM

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Luciana Maria Borges da Matta Souza - Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael - Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Antônio Braga - Maternidade Escola UFRJ

Prof. Dra. Maria Tereza Fonseca da Costa- Universidade Estácio de Sá

Agradecimentos

Agradeço a todos que, de alguma maneira, contribuíram para realização dessa pesquisa.

Agradecimento especial à minha orientadora, pela paciência, disposição e disponibilidade, além do seu enorme conhecimento; ao coorientador pela sua grande contribuição no conhecimento profundo do tema e nas análises estatísticas. Ao Professor Antonio Braga que foi quem praticamente me intimou para realização deste estudo e minha grande amiga Paula Caleffi que me trouxe de volta ao meio acadêmico.

Agradeço também aos funcionários da maternidade, sr. João, por seu esforço incansável na busca por prontuários e Tatiana que sempre está presente quando preciso.

Resumo

Introdução e objetivos: O abortamento legal nos casos de violência sexual está previsto no Código Penal Brasileiro há décadas, porém o acesso aos serviços e divulgação dos mesmos ainda é pequeno. O Hospital Maternidade Fernando Magalhães foi pioneiro no Rio de Janeiro na atenção à mulher vítima de violência sexual, sendo que o serviço de Abortamento Legal funciona desde 1997. Os objetivos do estudo foram: descrever o perfil sócio demográfico da usuária vítima de violência sexual que realizou o abortamento legal no período de 1997 a 2018; caracterizar o perfil do agressor; identificar os métodos mais utilizados para o realização do procedimento; reconhecer as portas de acesso ao serviço e propor uma linha de cuidado para o abortamento legal a ser trabalhada nas unidades municipais de saúde. Material e Métodos: Realizamos análise de 296 fichas e prontuários de mulheres submetidas ao abortamento legal por violência sexual de 1997 a 2018 no Hospital Maternidade Fernando Magalhães. Foi feita uma análise quantitativa, descritiva e exploratória do tipo transversal. Resultados: Observou se um predomínio de mulheres com mais de 19 anos(69.59%), pretas e pardas (60.47%), sem companheiro 82.09%) e escolaridade de até nível fundamental completo (53.04%). A maior parte das vezes a violência sexual foi praticada por alguém conhecido (53.04 %) ou familiar da vítima. Observamos que as unidades de saúde são responsáveis pelo maior número de encaminhamentos ao serviço de abortamento legal (36.82%), caracterizando a importância da atenção básica e do olhar diferenciado e acolhedor com essas mulheres.

Observamos também um aumento do número de abortamentos legais com o passar do tempo, caracterizando maior acesso aos serviços de saúde e conhecimento das mulheres sobre seus direitos sexuais e reprodutivos. Quanto às técnicas para interrupção da gestação há um predomínio do uso do Misoprostol (83.43%) associado a Curetagem (76.01%). Considerações finais: Esse estudo mostrou que a violência sexual atinge mulheres absolutamente comuns que em algum momento encontravam-se em situação de vulnerabilidade. A divulgação do serviço é necessária para que outras instâncias, além dos serviços de saúde sejam capacitados para a orientação da vítima. A garantia de acesso universal aos serviços de saúde pelas usuárias é fundamental para que as mesmas tenham seus direitos sexuais e reprodutivos garantidos, diminuindo a recorrência da violência e permitindo o diagnóstico precoce de gestações decorrentes de estupro. A educação permanente em saúde e a conscientização das pessoas envolvidas no atendimento à essas mulheres precisa ser aprofundada e a atenção básica à saúde é a grande oportunidade para isso. Esse estudo sugere que serviços ligados ao abortamento legal devam ser mais bem divulgados e articulados com os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde e que seja garantida infraestrutura e recursos humanos para seu funcionamento adequado.

Palavras-Chave: aborto legal, violência sexual, estupro.

Abstract

Introduction and objectives: Legal abortion in cases of sexual violence has been permitted in Brasil for decades, however, access to these services and information remain very limited. Fernando Magalhães Maternity Hospital was the first in Rio to offer services to women who are victims of sexual violence and Legal Abortion has been available since 1997. The objectives of this research were: to describe the social-demographic profile of sexual violence victims who underwent legal abortion between 1997 and 2018; describe the profile of the perpetrators; identify the methods that are most used in the abortion procedures; acknowledge the access to the procedure and propose a care line for legal abortion to be used in municipal health facilities. Materials and methods: We analyzed 296 medical records and patient files of women who underwent legal abortions due to sexual violence at the Fernando Magalhães Maternity Hospital between 1997 and 2018. A cross-sectional quantitative, descriptive and exploratory analysis was carried out. Results: Our findings showed that the women who underwent the abortions were predominantly over the age of 19 (69.59%), black and mulato (60.47%), single and having only completed primary school (53.04%). In most cases the sexual violence was performed by someone in the victim's family or by an acquaintance of the victim (53.04%). We found that health facilities were responsible for referring the largest number of victims to the Legal Abortion units which shows that it is extremely important that these facilities are prepared to deal with these women. We also found that the number of legal abortions

increased over time which shows a greater access to health services and an improvement of women's knowledge of their sexual and reproductive rights. Misoprostol (83.43%) associated with curettage (76.01%) was the preferred method of choice in the abortion procedures. Final thoughts: Our research showed sexual violence hits common women who at some point find themselves in a vulnerable moment. The dissemination of Legal Abortion services is necessary so that other facilities besides health services can provide guidance to the victims. The guarantee of a universal access to health services for the victims is of utmost importance so that they are able to have their reproductive and sexual rights assured. This decreases the recurrence of sexual violence and allows for the early diagnosis of pregnancies resulting from rape.

Permanent health education and the awareness of the professionals involved in the initial care of these women must be increased and basic attention to health is a great opportunity for this.

Keywords: legal abortion, sexual violence, rape.

Lista de abreviaturas

AMIU - Aspiração manual intrauterina

B.O - Boletim de Ocorrência

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CEPIA - Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação

CFM - Conselho federal De Medicina

CNES - Cadastro Nacional de estabelecimentos de saúde

CIPD - Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento

DNA - Ácido Desoxirribonucleico

ECA - Estatuto da Criança e Adolescente

FBSP- Fórum Brasileiro de Segurança Pública

HMFM - Hospital Maternidade Fernando Magalhães

IMMFM- Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães

IPAS - Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde

IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS - Ministério da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan Americana de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

UNFPA - Fundo de Populações das Nações Unidas

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

WAS - World Association of Sexual Health

WHO - World Health Organization

Lista de figuras e tabelas

Tabela 1. Caracterização sócio demográfica, perfil do agressor e período de realização do abortamento legal. HMFM, Rio de Janeiro, Brasil 1997-2018 (n= 296)

Tabela 2. Características clínicas e de atenção às mulheres que realizaram o abortamento legal. HMFM, Rio de Janeiro, Brasil 1997-2018 (n= 296)

Tabela 3. Análise bivariada entre as características sócio demográficas e do agressor em função do tempo. HMFM, Rio de Janeiro, Brasil 1997-2018 (n= 296)

Tabela 4. Análise bivariada entre idade gestacional ,forma de acesso ao serviço e técnicas utilizadas para interrupção da gestação. HMFM, Rio de Janeiro, Brasil 1997-2018 (n= 296)

Figuras

1. Abortos legais no Brasil

Sumário

Introdução	14
1. Objetivo Geral e específicos	21
2. Referencial teórico	22
2.1 Direito sexual e reprodutivo	22
2.2 Violência sexual contra a mulher	26
2.3 Abortamento legal no Brasil	34
2.4 Abortamento Legal na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	40
2.4.1 Técnicas de abortamento legal utilizadas no HMFM.....	43
2.4.1.1 AMIU- aspiração manual intra uterina.....	43
2.4.1.2 Curetagem	44
2.4.1.3 Misoprostol.....	44
2.4.1.4 Krause	45
3. Abortamento e questões bioéticas.....	46
4. Métodos e Participantes	49
5. Resultados.....	52
6. Discussão.....	59
7. Considerações finais.....	69
Referências.....	74
Anexos e Apêndices	80

Introdução

Abortamento é a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana e com produto da concepção pesando menos que 500g, antes da viabilidade do produto. Aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento (BRASIL, 2011). Tal idade gestacional corresponde a feto de aproximadamente 500 gramas (FEBRASGO, 2001). Pode ser classificado como espontâneo ou induzido, conforme a intenção; precoce ou tardio, quanto a cronologia e seguro ou inseguro, quanto técnica e condições utilizadas (WHO, 1998).

Abortamento inseguro pode ser o desfecho para muitas mulheres que desconhecem seus direitos. Os números relativos a essa situação são dramáticos: 98% dos abortamentos inseguros ocorrem em países em desenvolvimento; 2 de cada 5 abortamentos são praticados em condições inseguras; 13% a 25% das mortes maternas decorrem do abortamento inseguro, sendo 47 mil mortes de mulheres a cada ano e uma morte a cada 11 minutos. Cerca de 5 milhões de mulheres a cada ano acabam com sequelas reprodutivas decorrentes do evento (OMS, 2012).

Nas circunstâncias em que o abortamento não seja contrário a lei, ele deve ser feito em condições seguras. Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade para a atenção às complicações derivadas do aborto. O aconselhamento e a educação nos serviços de planejamento reprodutivo pós-abortamento devem ser oferecidos rapidamente, com o propósito de ajudar a mulher a evitar sua repetição (ONU, 1999).

De acordo com norma técnica *Prevenção e tratamento dos agravos decorrentes de violência sexual contra crianças e adolescentes* (BRASIL, 2012), a interrupção em casos de estupro pode ser realizada até 20 ou 22 semanas, enquanto nos casos de anencefalia e risco de vida materna, a interrupção pode ser feita em qualquer idade gestacional. Nos casos de malformações incompatíveis com a vida, há a necessidade de autorização judicial e essa interrupção pode ser feita em qualquer idade gestacional.

Entretanto, muitas vezes temos situações onde o abortamento é previsto por lei, mas há dificuldades organizacionais para executá-lo. Uma delas é a alegação de objeção de consciência, que visa proteger a integridade de pessoas envolvidas em uma situação de conflito moral. Em nome de convicções individuais, éticas ou religiosas, as equipes de saúde podem não participar de algo que acreditam ser moralmente errado, embora legal (BRASIL, 1940). Ela é frequente, mas pouco questionada. A objeção de consciência ocorre, muitas vezes, para além das questões ideológicas, por duvidar da palavra da mulher e por questões de foro íntimo. Nos casos de interrupção da gestação, por risco de vida, não cabe objeção de consciência (BRASIL, 2011). As graduações médicas e de enfermagem dão pouca ênfase a essa problemática. É muito mais fácil alegar objeção de consciência que se envolver no caso. Por essa e outras razões, é difícil implementar o serviço de abortamento legal nas unidades de saúde. A falta de preparo, de qualificação e de conhecimento da legislação contribuem para isso.

De acordo com Galli (2005), o direito humano a viver livre de violência inclui o direito a receber um tratamento humanizado nos serviços de saúde. Nos casos de violência sexual, a recusa dos profissionais de saúde em realizar a interrupção da gravidez se constitui em uma violência institucional contra essas mulheres, afetando sua autodeterminação sexual e reprodutiva.

O objetivo do serviço de saúde que atua com o Abortamento Legal 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. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à Polícia ou à Justiça, sendo portanto, hoje, desnecessária a apresentação de um Boletim de Ocorrência (BO).

A violência, como um dos graves problemas de saúde, pressupõe um trabalho em rede, de forma articulada. Quando implementado, o maior problema é garantir o direito da mulher, pois é mais fácil a equipe multiprofissional alegar objeção de consciência para a não realização do mesmo, do que se envolver no caso. Entretanto, muitos profissionais têm dificuldades no atendimento ao abortamento legal por violência sexual. Isso ocorre, na maioria das vezes, por preconceito, machismo e por não acreditarem na palavra da mulher.

Apesar de a lei brasileira possibilitar a interrupção voluntária da gravidez, decorrente de estupro, desde a década de 1940, o acesso aos serviços de saúde não foi regulamentado por quase 50 anos.

Em 1997, o Conselho Nacional de Saúde publicou a Resolução 258, solicitando que o Ministério da Saúde cumprisse sua responsabilidade regulamentando o atendimento, pelo SUS, dos casos de abortamento não punidos pelo Código Penal de 1940, mas ainda não normatizados (BRASIL, 1997). O documento lembra que, após 57 anos, somente oito hospitais atendiam casos de abortamento por estupro. Destacava ainda que esta lacuna era uma ofensa à dignidade das mulheres e colocava em risco sua integridade. A Resolução alega que o Estado assumiu compromissos neste sentido frente aos Programas de Ação de Cairo/94 e Pequim/95 e lembra a recomendação da 10ª Conferência Nacional de Saúde de 1996 pela implantação de serviços de referência.

A resposta do Ministério da Saúde à Resolução do CNS veio em 1998, quando a equipe da Área Técnica de Saúde da Mulher montou uma comissão multidisciplinar para elaborar uma Norma Técnica ampla, de *“Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”*, com medidas para o atendimento integral e multidisciplinar. O documento, lançado em versão eletrônica em 1998 e publicado em 1999, garantia à vítima o direito de receber a informação necessária e ter acesso a exames e ações curativas, preventivas e de profilaxia adequadas, incluindo atendimento psicossocial, prevenção de DSTs e Aids e acesso à anticoncepção de emergência e ao abortamento. Nos casos em que acontece a gravidez em consequência de um estupro e sendo este o desejo da vítima, ou de seu representante legal, o acesso ao abortamento é garantido sem necessidade de autorização judicial. Em 1989, a Prefeitura Municipal de São Paulo implantou o primeiro serviço de

atendimento às mulheres vítimas de violência sexual no Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya, conhecido como “*Hospital do Jabaquara*”. Para ter acesso ao abortamento, inicialmente, a mulher deveria apresentar a cópia do BO. Essa exigência caiu em desuso com a reedição da Norma Técnica em 2005.

No Rio de Janeiro, o primeiro serviço a implantar o Programa de Abortamento Legal foi o Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFH), que nessa época era chamado Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães. Isso ocorreu em 1997. Desde 2003, quando assumi a chefia de Obstetrícia, assumi também a responsabilidade sobre o Serviço de Abortamento Legal. Na época não existia nenhuma capacitação prévia ou especialização para o desenvolvimento de tão importante função. Atualmente existe um trabalho da SMS-RJ, no sentido de capacitar, envolver e incentivar outras unidades a realizarem o procedimento. Nosso serviço não tem nenhuma outra motivação a não ser fazer um bom trabalho. Fazer a diferença na vida das mulheres foi sempre nosso objetivo. Em nosso serviço, o Abortamento Legal não deve ser tratado como um problema ou uma dificuldade e sim como a garantia do direito da mulher. Qualquer maternidade está apta a realizar o procedimento, mas muitas vezes recebemos clientes de outras unidades.

Atualmente os abortamentos legais lá realizados são farmacológicos, ou seja, com utilização de medicações, dada a dificuldade que temos de profissionais de todas as equipes assumirem a conduta cirúrgica, por objeção de consciência como anteriormente citado. Sempre usamos a melhor posologia de acordo com a idade gestacional, no sentido de facilitar

a administração e evitar que algum médico do plantão se recuse a dar continuidade ao processo.

Para realizar um abortamento legal a palavra da mulher é presunção de verdade. Se a data da violência sexual estiver de acordo com a idade gestacional, o abortamento pode ser realizado. Cabe salientar que a mulher assina um termo de responsabilidade, garantindo que as informações por ela prestadas são verdadeiras, retirando da equipe multiprofissional a responsabilidade do ato, se os fatos não forem reais. Isso garante ao médico sua imputabilidade. Ela também assume os crimes de falsidade ideológica e abortamento criminoso se as informações não forem verdadeiras. O serviço de Obstetrícia do HMFM guarda material para um possível exame de DNA, se a justiça solicitar.

Como somos uma unidade com alunos e residentes, procuramos envolver esses profissionais mais novos nestes dramas do cotidiano. Nos casos de interrupções com menos de 12 semanas, teríamos a opção de utilizar a técnica de Aspiração Manual Intra Uterina (AMIU), procedimento rápido e seguro, sob anestesia, porém a dificuldade em sensibilizar a equipe médica pode impedir a sua realização. Parece ser mais fácil sensibilizar os profissionais novos e principalmente incluir o assunto na graduação multiprofissional do que modificar padrões de comportamento cristalizados em profissionais de saúde mais antigos.

Pela experiência acumulada no serviço, pelo trabalho pioneiro no município do Rio de Janeiro e pela pouca bibliografia identificada sobre o assunto, este estudo se mostrou relevante, no sentido de conhecermos o perfil da paciente atendida na unidade, perfil do agressor, números de

procedimentos realizados e métodos utilizados. Tivemos como pergunta norteadora da pesquisa: **qual o perfil da mulher atendida pelo serviço de Abortamento Legal, vítima de violência sexual, do HMFM?**

1 – Objetivo Geral e específicos

Geral:

Analisar o perfil da usuária atendida pelo serviço de Abortamento Legal vítima de violência sexual do Hospital Municipal Fernando de Magalhães

Específicos:

- Descrever o perfil sócio demográfico da usuária do serviço que realizou o abortamento legal no período
- Caracterizar o perfil do agressor
- Identificar os métodos mais utilizados para a realização do abortamento legal
- Reconhecer as portas de acesso ao serviço de Abortamento Legal
- Propor uma linha de cuidado para o abortamento legal a ser trabalhada nas unidades municipais de saúde

2 – Referencial teórico

2.1 Direito sexual e reprodutivo:

A Associação Mundial para a Saúde Sexual declara que direitos sexuais são baseados nos direitos humanos universais, reconhecidos em documentos de direitos humanos domésticos e internacionais, em Constituições Nacionais e leis, em padrões e princípios de direitos humanos e em conhecimento científico relacionados à sexualidade humana e saúde sexual (WAS, 2014).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a sexualidade humana abarca tanto as relações sexuais (o coito) como o erotismo, a intimidade e o prazer. A sexualidade é experimentada e expressada através de pensamentos, de ações, de desejos e de fantasias (OMS, 1995). Para o Ministério da Saúde do Brasil, a sexualidade é o nome que damos para o aspecto da vida humana que inclui as sensações corpóreas e subjetivas que envolvem, também, as questões emocionais. Claro que não dá para separar a emoção, a razão, a cognição e as questões sociais, o que torna a sexualidade um conceito abrangente, que diz respeito a várias manifestações e não somente a sexo. Quando falamos de sexo, nos referimos às práticas sexuais ou à relação sexual, isto é, um comportamento que envolve as questões genitais. Também falamos de sexo para categorizar pessoas em machos e fêmeas, mas isso seria mais um dos componentes da sexualidade. Ao longo do desenvolvimento humano vamos construindo o sentido da nossa sexualidade, que é influenciada pelos

padrões culturais e históricos no processo interpessoal que chamamos de socialização (BRASIL, 2015).

A sexualidade é um aspecto central do ser humano em toda a vida e abrange sexo, identidade e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Ela é experienciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. É influenciada pela interação de fatores biológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais (WAS, 2014).

Para que a saúde sexual seja atingida e mantida, os direitos sexuais de todos devem ser respeitados, protegidos e efetivados. Os direitos sexuais são baseados na liberdade, dignidade e igualdade inerente a todos os seres humanos e incluem o compromisso de proteção contra danos (<http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>, acesso em set 2018).

O conceito de direitos sexuais refere-se a um conjunto de normas, leis e, portanto, direitos, que dizem respeito à liberdade sexual, autonomia, integridade e segurança, privacidade, prazer, escolhas livres e responsáveis, informação e exercício às formas de expressão sexual, de maneira segura e livre de pressões. O conceito de direitos reprodutivos refere-se a um conjunto de normas e leis referentes à autonomia de homens e mulheres para decidirem se querem ou não ter filhos e o tamanho de sua prole, bem como quando desejam reproduzir (BRASIL, 2015).

As leis nacionais e internacionais são normas e políticas públicas que visam assegurar os direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos. Além das leis formais, produzidas pelo Poder Legislativo, toda a regulamentação administrativa, jurisprudência e acordos internacionais, que tratam do tema da reprodução humana, são fontes de direitos. Neste sentido, a atual concepção dos Direitos Reprodutivos não se limita à simples proteção da procriação humana, como preservação da espécie, mas envolve a realização conjunta dos direitos individuais e sociais referidos, por meio de leis e políticas públicas que estabeleçam a equidade nas relações pessoais e sociais neste âmbito (VENTURA, 2009).

Não podemos discutir sobre direitos sexuais e reprodutivos das mulheres sem citarmos a importância da educação em saúde. A mulher só terá garantidos os seus direitos se tiver acesso à informação de qualidade para que possa decidir de forma livre e esclarecida sobre sua sexualidade e sobre contracepção. O Estado deve garantir o mesmo tratamento a todas as orientações religiosas e garantir a liberdade de expressão também aos que não creem. “O Estado é (...) neutro em relação aos grupos, tolerando a todos, e autônomo em seus objetivos” (BERGER, 2004, p 119).

A Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, conferiu papel primordial à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, ultrapassando os objetivos puramente demográficos, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano. A CIPD provocou transformação profunda no debate populacional ao dar prioridade às questões dos direitos humanos. No

capítulo VII, da Plataforma de Ação do Cairo, os direitos reprodutivos estão definidos da seguinte forma:

“Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente 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” (BRASIL, 2005).

Para continuarmos garantindo os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres é necessário aumentarmos e divulgarmos os serviços para atendimento às mesmas, sejam adultas ou adolescentes, vítimas de violência sexual e doméstica, com cuidado especial à atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento. Nesse sentido, é essencial o aprimoramento da qualidade e a ampliação de serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei, para assegurar que as mulheres que chegam aos serviços de saúde, em processo de abortamento, sejam

atendidas de forma humanizada e com tecnologia adequada, evitando assim o risco de adoecimento e morte (BRASIL, 2005).

Representantes do setor privado e de organizações filantrópicas, em parceria com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), anunciaram em São Paulo (SP), a criação da *Aliança pela Saúde e Pelos Direitos Sexuais e Reprodutivos no Brasil*. Isso ocorreu em abril de 2018. Essa aliança tem como objetivo promover a saúde e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos no país. Sua primeira grande ação foi a campanha *“Ela decide seu presente e seu futuro”*, que visa promover o empoderamento e os direitos das mulheres para que alcancem seu pleno potencial e possam fazer valer suas decisões sobre sua sexualidade e reprodução

(<https://www.bing.com/search?q=http://eladecide.org/&PC=MENEPB#www.eladecide.org>, acessado em 12/09/2019).

2.2 Violência sexual contra a mulher:

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define violência como:

“uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

A Convenção Interamericana em Belém do Pará denominada *Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher* considera como violência contra a mulher *“todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, quanto privada”* (ONU, 1994). Essas premissas são partes integrantes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Causas Externas (MS, 2001) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (MS, 2004).

Quanto à violência sexual contra a mulher, a ONU (1993) define como:

“Qualquer ato de violência baseada no gênero que resulte, ou possa resultar, em ofensa ou sofrimento sexual, físico ou mental para a mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, ocorrida em público ou na vida privada.”

Este tipo de violência estabelece-se em uma transgressão dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, principalmente ao atentado de direito físico e ao controle de sua capacidade sexual e reprodutiva. Estupro, no Brasil, é definido juridicamente como sendo o ato de *“constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”* (BRASIL, 2009).

Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. Embora estatísticas ainda sejam parcas no tocante à extensão da violência sexual, sabe-se que são frequentes os abusos sexuais intrafamiliares - como o incesto e o estupro, em especial, e o sexo forçado perpetrado por parceiros íntimos (OMS, 2002; SCHRAIBER, 2007).

Em 2016, foram registrados nas polícias brasileiras 49.497 casos de estupro, conforme informações disponibilizadas no 11º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Nesse mesmo ano, no Sistema Único de Saúde, foram registrados 22.918 incidentes dessa natureza, o que representa, aproximadamente, a metade dos casos notificados à polícia. Certamente, as duas bases de informações possuem uma grande subnotificação e não dão conta da dimensão do problema, tendo em vista o tabu engendrado pela ideologia patriarcal, que faz com que as vítimas, em sua grande maioria, não reportem a qualquer autoridade o crime sofrido. Para colocar a questão sob uma perspectiva internacional, nos Estados Unidos, apenas 15% do total dos estupros são reportados à polícia. Caso a nossa taxa de subnotificação fosse igual à americana, ou, mais crível, girasse em torno de 90%, estaríamos falando de uma prevalência de estupro no Brasil entre 300 mil a 500 mil eventos a cada ano (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2017).

A violência sexual tem efeitos devastadores nas esferas física e mental, em curto e longo prazos (KRUG *et al*, 2002; BLACK *et al*, 2010). Entre as consequências físicas imediatas estão a gravidez, infecções do trato reprodutivo e infecções sexualmente transmissíveis - ISTs (OLIVEIRA *et al*, 2005, KRUG *et al*, 2002, BLACK *et al*, 2010). Em longo prazo, essas

mulheres podem desenvolver distúrbios ginecológicos e na esfera da sexualidade. Mulheres com história de violência sexual têm maior vulnerabilidade para sintomas psiquiátricos, principalmente depressão, pânico, somatização, tentativa de suicídio, abuso e dependência de substâncias psicoativas (BASILE & SMITH, 2011).

É possível dividir as vítimas em duas subpopulações: uma que envolve agressor conhecido (frequentemente intrafamiliar), em que há menor taxa de procura por auxílio, maior número de atos praticados e composta por mulheres mais jovens; e outra por mulheres agredidas por estranhos, faixa etária mais velha (idade média de 22 anos), maiores taxas de agressão física, de denúncia e de procura por auxílio (GROSSIN *et al*, 2003; FAVARELLI *et al*, 2004; CAMPBELL *et al*, 2007).

O Ministério da Saúde do Brasil normatiza o atendimento às pessoas em situação de violência sexual desde os anos de 1980 e vem atualizando suas diretrizes ao longo das últimas décadas, contando com a parceria das Secretarias de Saúde das unidades da federação, das sociedades científicas e dos movimentos sociais. Desse esforço coletivo desenvolveram-se normas técnicas e protocolos clínicos sobre acolhimento, atendimento e notificação de violências (BRASIL,2015). Desta forma, é possível acolher, atender, realizar exames clínicos e laboratoriais, administrar a anticoncepção de emergência, realizar quimioprofilaxias para o HIV e para doenças sexualmente transmissíveis. Também é possível oferecer acompanhamento psicossocial, sem perder a perspectiva de que o aperfeiçoamento dos (as) profissionais que atuam diretamente nos casos, pode melhorar suas habilidades e capacidades técnicas em relação à

violência sexual. Nas diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001), pessoas em situação de violência têm o direito de serem acolhidas, orientadas, atendidas e encaminhadas, quando necessário, para serviços especializados da rede de saúde, de outras áreas de políticas públicas e do sistema de justiça.

A Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços de saúde públicos ou privados de saúde (BRASIL, 2003). O cumprimento da medida é fundamental para o dimensionamento do fenômeno da violência sexual e de consequências, contribuindo para a implantação de políticas públicas de intervenção e prevenção do problema. Essa lei foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004 e normatizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM nº 2.406 de 5 de novembro de 2004, que implantou a notificação compulsória de violência contra a mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde. A notificação compulsória de violências contra crianças e adolescentes está definida pela Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que foi regulamentada pelo MS através da Portaria MS nº 1.968/2001. Salienta-se que nas situações de violências contra adolescentes e crianças, uma cópia da ficha de notificação deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente conforme preconiza o ECA (BRASIL, 1990).

Ao mesmo tempo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) estabelece, em suas prioridades, a atenção para mulheres em situação de violência sexual e doméstica como uma das ações

intersetoriais representativas dos direitos humanos. Os desdobramentos dessa política estão dispostos nas normas técnicas vinculadas ao tema da violência sexual e na legislação em vigor que potencializa as especificidades da atenção à saúde.

A Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009 alterou a antiga definição de estupro, passando a designá-lo como:

“Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: pena – reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos” (BRASIL, 2009).

Essa é a nova descrição legal do estupro. Portanto, atualmente, a mulher e o homem podem ser vítimas de estupro quando constrangidos, mediante violência (física) ou grave ameaça (psicológica) a praticar conjunção carnal (penetração do pênis na vagina) ou qualquer outro ato libidinoso.

O atendimento por equipe multiprofissional à mulher vítima de violência sexual diminui as consequências deste ato. Todas as emergências ambulatoriais e hospitalares estão aptas a atender esse grupo populacional. Quanto mais precoce o atendimento, menores as consequências. Se a vítima for atendida em até 72 horas após a violência, receberá profilaxia para IST's virais e não virais além da contracepção de emergência. Após 72 horas a profilaxia será feita apenas para doenças não virais. Além disso, deve ser oferecido também atendimento pelo Serviço Social e equipe de

Saúde Mental, além de acompanhamento ambulatorial por 6 meses (BRASIL, 2012).

Segundo Facuri *et al* (2013),

“A violência sexual é um fenômeno universal, em que não existem restrições de sexo, idade, etnia ou classe social. Embora atinja homens e mulheres, as mulheres são as principais vítimas, em qualquer período de suas vidas. E as mulheres jovens e adolescentes apresentam risco mais elevado de sofrer esse tipo de agressão”.

Para Débora Diniz (2013),

“Uma mulher vitimada pelo estupro não é só alguém manchada na honra, como pensavam os legisladores do início do século XX. Honra, dignidade, autonomia são ignoradas pelo estuprador, mas o estupro vai além: é um ato violento de demarcação do patriarcado nas entranhas das mulheres. É real e simbólico. Age em cada mulher vitimada, mas em todas as mulheres submetidas ao regime de dominação.”

Segundo o relatório *Estupro no Brasil, uma radiografia segundo os dados da Saúde*, 24% dos agressores das crianças são os próprios pais ou padrastos e 32% são amigos ou conhecidos da vítima. O agressor desconhecido passa a configurar como principal autor do estupro à medida que a idade da vítima aumenta, respondendo por 61% dos casos de estupro

de pessoa adulta. A partir de informações coletadas em 2011 pelo Sistema de Informações de Agravo de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN), estima-se que no mínimo 527 mil pessoas são estupradas por ano no Brasil e que, destes casos, apenas 10% chegam ao conhecimento da polícia (IPEA, 2014).

A capacidade das mulheres exercerem seus direitos reprodutivos tem íntima relação com a situação jurídica do abortamento nos diferentes países (CRR-Center for Reproductive Rights, acessado em nov. de 2018). Três países na América Latina criminalizam a interrupção da gravidez sob qualquer circunstância, sendo eles: Honduras, El Salvador, Nicarágua e Chile (ANISTIA INTERNACIONAL, 2015). No caso da Nicarágua, a legislação passou por um retrocesso com a aprovação da Lei 603, de 2006, que revogou o artigo permissivo de abortamento terapêutico, criminalizando a prática, mesmo nos casos onde existe risco de vida para a mulher. Em El Salvador a criminalização do abortamento é relativamente recente, fruto de uma reforma de 1998 do Código Penal. Antes se permitia o abortamento em casos de estupro, risco de vida para a mulher e má-formação fetal (GONZAGA & ARAS, 2015). Leis restritivas para o abortamento estão relacionadas ao aumento do uso de procedimentos clandestinos e inseguros. Quanto mais restrições, maior a morbimortalidade materna por complicações pós abortamento (WHO, acessado em setembro de 2019).

Por outro lado, o abortamento é legalizado na Inglaterra, Holanda, Suécia, França, Estados Unidos e Itália. A legislação é da década de 70 (IPAS BRASIL, 2004). De maneira geral, a América do Norte, a Ásia e a Austrália têm as leis menos restritivas em relação a este objeto (CRR,2018). De

acordo com dados acima, a legislação referente ao abortamento varia muito dependendo do país.

Organizações em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres criaram o dia internacional para eliminação da violência sexual contra mulheres, comemorado em 25 de Novembro (ONU, 1999).

2.3 - Abortamento legal no Brasil

O Código Penal Brasileiro (1940) pune o abortamento provocado na forma do auto abortamento ou com consentimento da gestante em seu artigo 124; o abortamento praticado por terceiro, sem o consentimento da gestante, no artigo 125; o abortamento praticado com o consentimento da gestante, no artigo 126; sendo que o artigo 127 descreve a forma qualificada do ato. No Brasil, desde 1940, situações como estupro e risco de vida materna são consideradas excludentes de ilicitude. Até a legislação tem dificuldade na sua escrita, pois não diz quando o abortamento é permitido e sim quando não é considerado crime.

" Não é crime e não se pune: o abortamento praticado por médico(a), se: a) não há outro meio de salvar a vida da mulher (Art. 128, I); b) a gravidez é resultante de estupro (ou outra forma de violência sexual), com o consentimento da mulher ou, se incapaz, de seu representante legal (Art. 128, II)."

Nos casos de anencefalia a jurisprudência é nova. Em 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu, após anos de polêmica, liberar a interrupção da gestação de fetos com anencefalia.

Para realização do abortamento legal é necessário o consentimento da mulher. De acordo com o Código Civil arts. 3º , 4º , 5º , 1631, 1690, 1728 e 1767 – Código Civil: a) a partir dos 18 anos a mulher é capaz de consentir sozinha; b) a partir dos 16 e antes dos 18 anos a adolescente deve ser assistida pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam com ela; c) antes de completar 16 anos a adolescente ou criança deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam por ela. A outra circunstância em que é necessário o consentimento de representante legal (curador/a ou tutor/a) refere-se à mulher que, por qualquer razão, não tenha condições de discernimento e de expressão de sua vontade. De qualquer forma, sempre que a mulher ou adolescente tiver condições de discernimento e de expressão de sua vontade, deverá também consentir, assim como deverá ser respeitada a sua vontade se não consentir com o abortamento, que não deverá ser praticado, ainda que os seus representantes legais assim o queiram (BRASIL, 2011).

A norma técnica *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*, do Ministério da Saúde, é de 1998. Em 2004 ela foi reeditada, incluindo a atenção humanizada ao abortamento (BRASIL, 2005). A Norma Técnica é o reconhecimento do Governo Brasileiro à realidade de que o abortamento realizado em condições inseguras é importante causa de morte materna; que as mulheres em processo de abortamento, espontâneo ou induzido, que

procuram os serviços de saúde devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade; e que a atenção tardia ao abortamento inseguro e às suas complicações pode ameaçar a vida, a saúde física e mental das mulheres.

A Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento é dirigida aos gestores, serviços e profissionais de saúde e a todas as pessoas comprometidas com a garantia dos direitos humanos de mulheres e adolescentes no Brasil (BRASIL, 2005).

Atualizada em 2005 e 2011, esta norma técnica isenta a mulher de apresentar Boletim de Ocorrência (BO) ou laudo do Instituto Médico Legal. Essa atitude do Ministério da Saúde visa a desburocratização do processo e a preservação da integridade física e mental da vítima. De acordo com essas regulamentações, o único documento necessário para a interrupção da gravidez, decorrente de estupro, seria o consentimento por escrito da mulher.

A Portaria MS/GM nº 1.508, do Ministério da Saúde, de 1º de setembro de 2005, estabelece os Procedimentos de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos no âmbito do Sistema Único de Saúde. O consentimento da mulher é necessário para o abortamento em quaisquer circunstâncias, salvo em caso de iminente risco de vida estando a mulher impossibilitada para expressar seu consentimento.

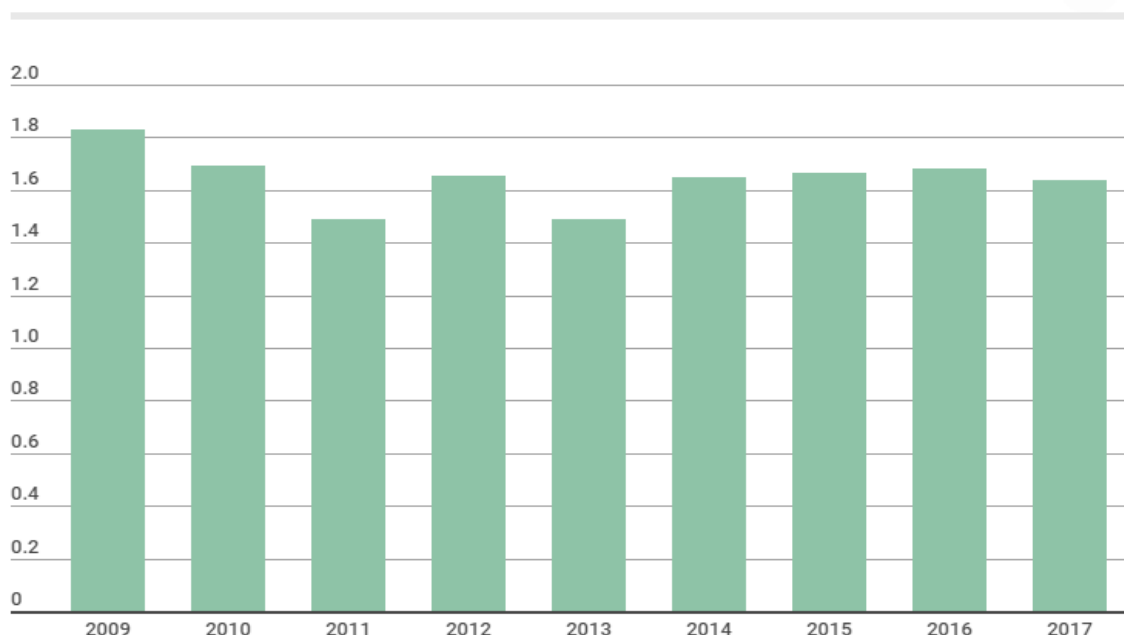
De acordo com dados do Ministério da Saúde (CNES, 2019) existem apenas 89 estabelecimentos de saúde no Brasil cadastrados como provedores de abortamento legal em casos de violência sexual, porém o site Mapa do Aborto no Brasil informa que somente 76 unidades se

habilitam para tal (<https://mapaabortolegal.org/> acessado em 06/09/2019). É importante ressaltar que, de acordo com Norma Técnica do Ministério da Saúde (2011) e o Código Penal Brasileiro (1940), não existem restrições para as instituições realizarem tal procedimento. Todo hospital habilitado a realizar o abortamento legal teria, por princípio e compromisso, que fazê-lo.

O primeiro hospital a realizar os abortamentos previstos em lei no Brasil foi o Hospital Municipal Arthur Ribeiro Saboya, popularmente conhecido como Hospital Jabaquara, na Zona Sul de São Paulo. Isso ocorreu em 1989. Em julho de 2017 esse Hospital encerrou suas atividades para esse fim. Segundo justificativa apresentada pela Prefeitura à Defensoria Pública do Estado de São Paulo, o encerramento ocorreu por conta da aposentadoria dos profissionais que atuavam no programa e da transferência do serviço de obstetrícia e ginecologia para o Hospital Municipal Dr. Gilson de Cássia Marques Carvalho, na Vila Santa Catarina, também na Zona Sul (SITE G1 acessado 17/10/2018 às 11h). Atualmente o Hospital Pérola Byington, em São Paulo, é o maior centro de referência para Abortamento Legal no Brasil. É procurado, segundo dados de 2017, por 40 mulheres por mês. Já realizou mais de 2.200 abortamentos legais em cerca de 25 anos de atividade como unidade de saúde realizadora de tal proposta (acesso no site <https://www.brasildefato.com.br/2019/07/04/como-e-o-aborto-legal-no-brasil-e-por-que-ele-esta-sob-ataque/> em 06/09/2019).

Os dados oficiais no Brasil sobre o abortamento legal são do Ministério da Saúde, calculados a partir de informações coletadas no atendimento no SUS (Sistema Único de Saúde) e ajustadas por critérios estatísticos. Os números, contudo, mostram apenas os procedimentos legais. Nos últimos anos, não houve variação significativa nos registros.

Abortos legais no Brasil



Fonte: Ministério da Saúde

Figura 1 - Abortos legais no Brasil

Esses números, entretanto, não retratam a realidade da problemática do abortamento no Brasil. A vivência diária nas unidades de saúde e consultórios de ginecologia indicam que as mulheres desconhecem seus direitos sexuais e reprodutivos na questão do abortamento legal. Muitos profissionais de saúde e de segurança também. Isso mostra que

precisamos melhorar a divulgação, atendimento e acesso aos serviços de saúde criando uma cultura de proteção à mulher vítima de violência sexual.

A organização Católicas pelo Direito de Decidir encomendou ao Ibope, em 2005, uma pesquisa que mostrou que 95% das mulheres desconhecem os serviços de violência sexual em suas cidades. Além disso, o estudo indica também que quase metade dos brasileiros (48%) desconhece as situações em que o abortamento pode ser feito legalmente. (Disponível em: <http://catolicas.org.br/wp-content/uploads/2006/01/Pesquisa-Panorama-Aborto--Legal.pdf>)

Organização Não Governamental de Direitos Humanos, nascida em 1987, em Londres, com a missão de defender, promover o direito à liberdade de expressão e acesso à informação em todo o mundo, denominada de Artigo 19, encontra-se no Brasil desde 2007. Realizou o estudo Breve panorama sobre aborto legal e transparência no Brasil, que teve como objetivo avaliar como (e se) os órgãos de saúde pública, em nível nacional, estadual e municipal, fornecem informações e dados oficiais sobre saúde sexual e reprodutiva e, mais especificamente, sobre os direitos e serviços de abortamento legal no Brasil. Foi realizada checagem junto aos sites dos órgãos de saúde dos estados e capitais brasileiros no sentido de identificar a quantidade e a qualidade de informações públicas disponíveis sobre direitos sexuais e reprodutivos. Verificou-se que informações cruciais para mulheres que desejam e/ou precisam realizar o procedimento de abortamento legal inexistem nas principais páginas públicas sobre saúde. Dos órgãos de saúde verificados, apenas três sites estaduais e um site

municipal informam todas as situações em que a interrupção da gestação é legal. Notou-se também que muitos órgãos informam que o abortamento é legal em casos de gravidez decorrente de estupro, mas não informam as outras situações em que o procedimento é permitido no Brasil. Além de sinalizar um contexto generalizado de falta de informação sobre direitos sexuais e reprodutivos, os resultados da pesquisa nos mostram que a situação dos órgãos é bem heterogênea, com a qualidade e a quantidade de informações publicadas sobre o tema variando muito de estado para estado e de capital para capital. Também constatou-se que um número alarmante de capitais e estados têm sites extremamente escassos, que não contêm ferramentas de busca e/ou que deixam de trazer informações básicas, como serviços prestados, endereços de hospitais e outras unidades de atenção à saúde, informações sobre cuidados com saúde e informações sobre doenças (ARTIGO 19, 2018).

2.4 Abortamento Legal na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

No município do Rio de Janeiro a regulamentação do abortamento para casos previstos em Lei começa em 1987. A lei ordinária Nº 1042 de 28 de julho de 1987, sancionada pelo então prefeito da cidade, Saturnino Braga, estabelecia a obrigatoriedade, à rede de serviços de saúde do município, ao atendimento médico para a prática do abortamento, nos casos previstos em lei (Anexo I). Inicialmente foram estabelecidas como unidades, para realização do procedimento, as maternidades Herculano

Pinheiro e Hospital Maternidade Fernando Magalhães, as duas maternidades municipais na época da publicação da Lei 1042.

O decreto 6849 de julho de 1987 regulamenta a lei 1042 (Anexo II). Somente dez anos depois, em 1997, o primeiro abortamento legal no Hospital Maternidade Fernando Magalhães foi realizado. À época, possuía uma direção pró ativa e comprometida com essa demanda e iniciando o atendimento das mulheres vítimas de violência sexual para realização do procedimento. Houve uma grande mobilização no Rio de Janeiro naquele período, no sentido de fazer avançar a discussão do abortamento no serviço público de saúde municipal. Organizações feministas, juntamente com a direção médica e de enfermagem, desenvolveram oficinas e encontros para discussão e elaboração de um fluxo de atendimento na unidade. Uma das grandes dificuldades encontradas foi a grande resistência por parte da equipe médica, seja por questões de foro íntimo, seja por desconhecimento dos instrumentos legais que garantem ao médico sua imputabilidade ou por preconceitos de ordem de gênero, classe e raça, autoritarismo na interpretação e aplicação da lei (PITANGUY & GARBAYO, 1995). A responsabilidade do serviço desta unidade se tornou uma atribuição da chefia de Obstetrícia, que elaborou uma ficha de notificação da realização do procedimento para ser encaminhada para a SMS, quando foi realizado o primeiro abortamento legal na unidade.

Em 1999, a Maternidade Fernando Magalhães cria, em parceria com a CEPIA (Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e ação), treinamentos de profissionais para o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. Algum tempo depois, parcerias ampliadas com MS, CEPIA e PROSARE

permitiram criar a rede de serviços de atendimento à essas mulheres na SMS. Este último consistiu no treinamento de 320 profissionais da área de saúde e 617 profissionais da área de segurança pública para o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, realizado em 2004 pela CEPIA e SMS RJ. Houve a integração das emergências, maternidades, Hospital Municipal Jesus e Centros Municipais de Saúde (atualmente Clínicas da Família).

No HMFm as vítimas são acolhidas e orientadas quanto a importância do B.O, mas a inexistência dele não pode e não deve impedir o atendimento adequado e a realização do procedimento. As usuárias que chegam ao serviço são atendidas inicialmente pela Enfermeira, que faz a notificação (SINAN). Em seguida, as pacientes são encaminhadas para realização de ultrassonografia, avaliação do Serviço de Saúde Mental e Serviço Social. Só então são encaminhadas para o ambulatório de obstetrícia. Em casos pontuais são realizadas breves discussões do caso, para a tomada de decisão sobre a interrupção ou não da gestação. Aquelas pacientes que chegam com idade gestacional avançada para realização do procedimento são direcionadas ao pré-natal, com acompanhamento multiprofissional. São orientadas quanto à possibilidade de inserção dessa criança na família ou orientadas quanto ao processo de adoção. Nos casos que serão entregues à adoção são realizadas cesáreas eletivas, para diminuir o vínculo afetivo com a criança.

Em outubro de 2017, a SMS realizou uma oficina com a presença de representantes de todas as maternidades sobre violência sexual e aborto

legal, visando levar informação e orientações aos profissionais de saúde envolvidos no atendimento.

2.4.1 Técnicas de abortamento legal utilizadas no HMFM

A interrupção da gestação nos casos de Abortamento Legal dependerá principalmente da Idade Gestacional e da presença ou não de cesareanas prévias. As técnicas: AMIU, Curetagem, Misoprostol e Método de Krause podem ser utilizados.

No caso de idades gestacionais inferiores a 12 semanas a técnica preferencial seria AMIU, porém sua utilização pode ser comprometida pela falta de profissionais para executá-la, como ocorre no cenário de nossa pesquisa. Isso se deve, principalmente, a situações ligadas à objeção de consciência .

2.4.1.1 AMIU- aspiração manual intra uterina:

É um método rápido, simples e seguro de esvaziamento uterino para qualquer tipo de abortamento, até o limite de 12 semanas de idade gestacional. Pode ser utilizado com anestesia local (paracervical) e sedação. Não requer internação hospitalar, porém necessita de qualificação profissional para sua realização e disponibilidade de material e insumos nas unidades. Índice baixo de complicações e necessidade menor de medicações para controle da dor após o procedimento (KULIER *et al.*, 2001; CASTLEMAN *et al.*, 2002). É o método de escolha pela Federação

Internacional de Ginecologistas e Obstetras (FIGO) e Organização Mundial da Saúde (OMS).

Consiste na aspiração do conteúdo uterino através de uma seringa de vácuo (60cc-600mmHg) acoplada a cânulas de plástico flexível (cânulas de Karman) de diferentes diâmetros (4mm-12mm). Possui como complicações possíveis do método: perfuração uterina e infecção (SHWEKERELA *et al*, 2007; OMS, 2013).

2.4.1.2 Curetagem:

Consiste na introdução de uma cureta no colo uterino para remover restos ovulares ou o embrião. Necessita anestesia, sedação maior ou raquianestesia e um controle maior da dor após o procedimento. Deve ser realizado no centro cirúrgico. As complicações são semelhantes as da AMIU, porém são mais frequentes. A cureta promove a raspagem da cavidade uterina, extraindo-se o material desprendido pelo instrumental. Por ter diâmetro variável e ser de material rígido (aço), pode provocar acidentes, tal como perfuração do útero (BRASIL, 2005).

2.4.1.3 Misoprostol:

Misoprostol é um análogo sintético da prostaglandina E1. Exerce ação direta nos receptores das prostaglandinas e, atuando no colágeno cervical, provoca mudanças na sua estrutura físico-química, acarretando,

como consequência, amolecimento, apagamento e maturação do colo uterino, favorecendo a sua dilatação. Promove e estimula a contração miometrial. Para indução do abortamento é utilizado via vaginal. A dose deve ser avaliada de acordo com a idade gestacional e história obstétrica da mulher. Procuramos sempre utilizar a melhor posologia no sentido da necessidade de menos aplicações diárias. A complicação mais temida com uso do misoprostol é a rotura uterina. Em idades gestacionais precoces e sem cicatrizes uterinas essa complicação é rara (BRASIL, 2010). A via vaginal, segundo estudos, é mais efetiva que a via oral na indução do abortamento (SOUZA, 2010).

2.4.1.4 Krause:

É um método de exceção, que consiste na introdução de uma sonda de Folley pelo orifício do colo e posterior insuflação do balão com volume de 30 a 50 ml de água destilada ou soro fisiológico para causar distensão do orifício do colo. Deve ser tracionada e associada ao uso de ocitocina. É um método mais traumático para mulher e só usamos quando há contraindicação absoluta ao uso de Misoprostol, principalmente em idades gestacionais avançadas em pacientes com múltiplas cesareanas anteriores. É um método mais traumático para mulher e mais desconfortável.

3. Abortamento e questões bioéticas

Apesar da Legislação Brasileira permitir o abortamento nos casos de violência sexual, risco de vida materno e anencefalia (Código Penal Brasileiro, 1940), a sua realização nos serviços de saúde continua sendo um grande desafio. Em contrapartida, a Constituição Federal, em seu artigo 5º, inciso VI (Constituição Brasileira, 1998) e também o Código de Ética Médica (CFM, 2010), em seu artigo 28, garantem ao médico a objeção de consciência. Ou seja, o médico não está desvinculado da sua liberdade de consciência, o que mostra o paradoxo da situação.

Bruno Heringer (2007) formula o conceito de objeção de consciência pautado em duas perspectivas: através do comportamento do objetor e através da reação jurídica. Primeiramente, afirma que o comportamento do autor é manifestado por uma atitude individual que visa repelir o cumprimento ou a obediência a uma ordem legal em virtude de sua consciência, ou seja, por uma questão de foro íntimo, pessoal, o objetor se recusa a cumprir – seja por uma ação ou omissão – um mandamento jurídico. Tal recusa poderá ser baseada em concepções morais, éticas, políticas, culturais e, principalmente, religiosas. No entanto, ressalta o supracitado autor que a concepção que o objetor detém daquele fato deve ser tão precisa e verdadeira que poderá gerar um conflito interno caso ele deixe de cumprir o que determina sua concepção para seguir ao mandamento legal. Isto é, a personalidade do agente pode restar atingida se ele sobrepuser a norma jurídica à sua convicção pessoal. Assim, em uma situação concreta, embora a lei imponha ao indivíduo um determinado

comportamento, este, envolvido por crenças próprias, mantém-se inerte, não realizando o que lhe é imposto, uma vez que é por esta sua conduta que ele estará respeitando a sua própria liberdade de consciência. O objetor não deixa de perceber que a norma é válida tampouco deseja modificá-la, apenas se recusa a cumpri-la, sem deixar, no entanto, que o seu pensamento, diga-se, que a sua convicção, seja tomada como uma verdade absoluta diante daquela situação em que ele vivencia (HERINGER, 2007).

O médico pode alegar objeção de consciência diante de uma situação concreta de pedido de aborto por uma mulher, desde que não o faça por desconfiança quanto ao estupro, por exemplo, mas estritamente por razões de sua moral privada, como é o caso das crenças religiosas. Não cabe ao médico ou à equipe de saúde o julgamento sobre a narrativa do estupro, e o boletim de ocorrência policial nem sequer é necessário, pois há “presunção de veracidade na palavra da mulher” (BRASIL, 2005 e BRASIL, 2011). Ao alegar a objeção de consciência, o médico solicita a recusa em cumprir com seu dever. A mulher é atendida por outro médico, encaminhada a outro serviço ou, em casos extremos, pode ficar sem assistência. As normas técnicas do Ministério da Saúde não reconhecem o direito à objeção de consciência se existir risco de morte, se não houver outro médico ou se a omissão médica causar danos à mulher, mas casos concretos mostram o descumprimento desses critérios normativos (DINIZ, 2011).

O direito à objeção de consciência não é absoluto e sua solicitação deve resultar da acomodação entre direitos e valores razoáveis para uma

sociedade justa, com danos mínimos para a mulher que busca atendimento médico (DINIZ, 2011).

Quanto à reação jurídico-estatal, não é permitido, em todos os casos, a primazia da liberdade de consciência sobre a norma jurídica, no entanto, isto não impede que esta dispense a imposição de sanção em prol daquela. Nesse sentido, aduz *“a consciência individual não invalida a legitimidade da norma jurídica, ao contrário, o Direito revela sua força, tolerando a dissidência”*. Dessa maneira, diante de diversos mandamentos imperativos obrigatórios emanados pelo Direito, à objeção de consciência representa uma exceção a estes, haja vista que, em virtude de uma incompatibilidade entre a convicção pessoal e a norma legal, o objetor pode buscar a isenção para o não cumprimento (MATIELO, 1994).

Portanto, segundo Bruno Heringer (2007)

“O reconhecimento constitucional da liberdade de consciência implica a possibilidade de dispensa do cumprimento de mandados ou proibições jurídicas por imperativos de consciência, sempre que, da ponderação entre as normas em jogo (regras e princípios), resultar inclinação decisiva em favor do direito individual”(pág.41).

4 – Métodos e participantes

Desenho do estudo

Na medida em que se pretendeu analisar o perfil das usuárias atendidas no serviço de Abortamento Legal do HMFM, vítimas de violência sexual, no período de 1997 a 2018; desenhou-se um estudo quantitativo, descritivo e exploratório do tipo transversal.

Cenário

HMFM é uma unidade terciária, maternidade de alto risco materno e fetal, situada no bairro de São Cristóvão, no município do Rio de Janeiro, referência para os casos de abortamento legal. Foi pioneira na realização do Abortamento Legal e responsável por quase 100 por cento dos procedimentos realizados no município do Rio de Janeiro até a presente data.

Esta unidade foi inaugurada em 06 de julho de 1955 com o nome de Maternidade São Cristóvão. Em 02 de julho de 1958 teve seu nome trocado para Maternidade Fernando Magalhães. Foi fechada para obras em 1985 e reinaugurada em 07 de janeiro de 1987 com o nome Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães. Em 19 de set de 2007 teve seu nome mudado para Hospital Maternidade Fernando Magalhães. Dispõe de 40 leitos de internação para gestantes de alto risco e em situação de abortamento, 48 leitos de alojamento conjunto, 8 leitos de pré-parto, 18 leitos de UTI neonatal, 24 leitos de unidade intermediária, 6 leitos para o Projeto Canguru e 8 leitos de UTI materna. HMFM realiza em média 400 partos por

mês, 36 curetagens e AMIU pós abortamento, além de cirurgias ginecológicas.

Participantes da pesquisa

O conjunto de mulheres assistidas no período de 1997 a 2018, definidas como vítimas de violência sexual e cujos casos foram atendidos e documentados em formulário próprio da unidade, com solicitação para realização de abortamento legal.

Instrumento de coleta de dados

Foi feita análise documental de prontuários do HMFM, de 1997 a 2018, referentes a internações para realização de abortamento legal por situações de violência sexual (Apêndice I). Como já dito anteriormente, em 1997 foi criado pela SMS, em parceria com a Maternidade Fernando Magalhães, uma ficha para registro e notificação dos casos de abortamentos previstos em lei. Esse relatório, que é enviado para gerência do programa da mulher da SMS, foi também parte da fonte de coleta dos dados, junto com os prontuários. Esse instrumento de coleta de dados contém: dados sócio demográficos da vítima (Idade da vítima, escolaridade, situação conjugal, profissão); idade gestacional no momento da interrupção; métodos utilizados para interrupção; tipo de agressor (conhecido ou desconhecido); unidade que encaminhou e número do prontuário médico.

A falta de prontuário eletrônico e de registro adequado dos dados dificultou a coleta das informações. As fichas, na maioria das vezes, estavam

incompletas e houve necessidade de pesquisa e leitura diretamente no prontuário. Muitas vezes tínhamos só o nome da paciente e o ano do procedimento para tentarmos localizar o mesmo.

Ao total foram identificados 325 casos de abortamento legal por estupro na Maternidade Fernando Magalhães de 1997 a 2018, registrados em ficha própria, porém foram localizados somente 296 prontuários (91,10%), que foram os casos analisados nesta pesquisa.

Análise dos dados

A construção e limpeza do banco de dados ocorreram no software Ms Excel 2010. Após a exportação e conversa do banco de dados, foi utilizado o software Stata SE 15 para a realização das análises estatísticas. Primeiramente foi realizada análise univariada, calculando-se as prevalências anuais para toda série temporal. Sequencialmente, foram realizadas análises bivariadas utilizando o Teste Exato de Fisher e o Chi-quadrado de Pearson. Foram considerados valores estatisticamente significantes quando $\alpha < 0,05$ e limítrofes quando $0,05 \geq \alpha \leq 0,1$.

Questões éticas

O trabalho foi submetido ao comitê de ética em pesquisa (CEP) da Universidade Estácio de Sá, de acordo com termos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 e aprovado sob a CAAE número 22827119500005284.

5. Resultados:

Ao serem analisados os 296 casos que tivemos acesso aos dados, construímos 4 Tabelas que serão apresentadas e descritas a seguir.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica, perfil do agressor e período de realização do abortamento legal. HMFM, Rio de Janeiro, Brasil, 1997-2018 (n=296)	
Variáveis	n (%)
Faixa etária	
Menor que 14 anos	29 (9,80)
De 14 a 18 anos	61 (20,61)
De 19 a 34 anos	169 (57,09)
35 anos e mais	37 (12,5)
Etnia	
Pretas/pardas	179 (60,47)
Branças	111 (37,50)
Sem informação	6 (2,02)
Situação conjugal	
Sem companheiro/a	243 (82,09)
Com companheiro/a	36 (12,16)
Sem informação	17 (5,74)
Escolaridade	
Sem escolaridade/Analfabeta	12 (4,05)
Até fundamental completo	145 (48,99)
Até ensino médio completo	67 (22,64)
Ensino superior	54 (18,24)
Sem informação	18 (6,08)
Ocupação	

Do lar	54 (18,24)
Desempregada	2 (0,68)
Estudante	124 (41,89)
Outros	106 (35,81)
Sem informação	10 (3,38)
Caracterização do agressor	
Desconhecido	136 (45,94)
Conhecido	157 (52,40)
Familiar	64 (40,76)
Outros	79 (50,31)
sem informação dentro dos conhecidos	14 (8,91)
informação não preenchida	03 (1,01)
Período de realização do abortamento	
De 1997 a 1999	12 (4,04)
De 2000 a 2004	41 (13,80)
De 2005 a 2009	38 (12,83)
De 2010 a 2014	49 (16,50)
De 2015 a 2018	156 (52,53)

Fonte: Pesquisa, 2019

A tabela 1 apresenta as características sócio demográficas da amostra, perfil do agressor e o período de realização do abortamento legal. Observa-se: predomínio de mulheres com mais de 19 anos (69,59%), porém, chama a atenção que 30,41% são adolescentes; pretas e pardas (60,47%); sem companheiro (82,09%); com até nível fundamental completo (53,03%), mas com percentual elevado de mulheres com ensino superior (18,24%); estudantes (41,89%) e trabalhadoras (35,81%) e muitas caracterizadas como do lar (18,24%). Quanto ao agressor, 53,04% alguém

conhecido, sendo que 44.76% deste total é alguém da própria família da vítima.

Com relação aos anos de realização do abortamento legal, observa-se um aumento crescente no número de procedimentos realizados, sendo que o último quadriênio (2015 a 2018) corresponde a 52,53 % dos casos.

Tabela 2. Características clínicas e de atenção às mulheres que realizaram o abortamento legal. Hospital Maternidade Fernando Magalhães, Rio de Janeiro, Brasil, 1997 - 2018 (n=296).	
Variáveis	n (%)
Idade gestacional	
< 12 semanas	171 (57.77)
≥ 12 semanas	125 (42.23)
Diagnóstico de deficiência mental	17 (5,74)
Referência	
Setor saúde	109 (36.82)
Setor judiciário	94 (31.75)
Outras instituições públicas	14(4.72)
Meios próprios	60 (20.47)
Sem informação	19(6.41)
Total de técnicas utilizadas no abortamento	
Apenas uma	69(23.31)
Duas técnicas	218 (73.65)
Três técnicas	7 (2.36)
Sem informação	2 (0.68)
Tipo de técnica utilizada	
Curetagem	225 (76.01)
Krause	16 (5,41)
Misoprostol	244 (83.43)
AMIU	41 (13,85)
Tempo médio de internação	4,13 (SD 2,89)

Fonte: Pesquisa, 2019

A tabela 2 apresenta as características clínicas e de atenção às mulheres que realizaram o abortamento legal no Hospital Maternidade Fernando Magalhães, no Rio de Janeiro, de 1997 a 2018. Quanto a idade

gestacional da realização do procedimento 57.77% ocorreu com menos de 12 semanas e 42.23 % com idade gestacional maior que 12 semanas, até o período máximo permitido, que é de 20 semanas. As mulheres atendidas no serviço que apresentavam deficiência mental totalizaram apenas 5,74%.

O encaminhamento foi realizado na maioria das vezes pelo setor saúde (36.82%), seguido pelo setor judiciário (31.75%) e por meios próprios (20.47%). Não há relato de encaminhamento em 6.41% dos casos.

Quanto às técnicas utilizadas para o abortamento, em 73.65 % dos casos houve necessidade de 2 técnicas, sendo as mais frequentes o uso do Misoprostol (83.43%) e a Curetagem (76.01%). O tempo médio de internação foi 4,13 dias.

Observa-se um número baixo de aspiração manual intrauterina - AMIU (13,85%). Procedimento rápido e seguro para pacientes com menos de 12 semanas.

A técnica de Krause foi realizada em 5,41% dos casos. É um procedimento de última escolha, que consiste na colocação de sonda vesical no colo uterino associada a ocitocina, para desencadeamento do processo de abortamento para pacientes com idade gestacional maior que 12 semanas e com contraindicação ao uso de Misoprostol.

O tempo médio de internação foi de 4.13 dias. Esse tempo poderia ser menor, visto que AMIU e Curetagem são procedimentos que permitem a alta hospitalar até mesmo no mesmo dia. Normalmente a visita médica é passada pela manhã e o Hospital não tem credenciamento para *day clinic*. Assim sendo o tempo mínimo de internação seria 2 dias.

Na tabela 3 apresentamos a correlação entre as características sociodemográficas da vítima e a do agressor.

Tabela 3 - Análise bivariada entre as características sociodemográficas e do agressor em função do tempo. HMFm 1997 a 2018.

Variáveis	1997-1999	2000-2004	2005-2009	2010-2014	2015-2018
Faixa etária					
Menor que 14 anos	0.00	13.79	13.79	20.69	51.72
De 14 a 18 anos	9.83	21.31	16.39	22.95	29.51
De 19 a 34 anos	3.59	10.18	10.18	14.37	61.68
35 anos e mais	0.00	18.92	12.93	16.67	52.38
p-valor	0,026				
Etnia					
Pretas/pardas	3.37	12.36	15.73	16.85	51.69
Branças	2.73	16.36	9.09	16.36	55.45
Sem informação	50.00	16.67	0.00	16.67	16.67
p-valor	<0,001				
Situação conjugal					
Sem companheiro/a	3.72	15.70	11.57	13.64	55.37
Com companheiro/a	8.57	2.86	8.57	25.71	54.29
Sem informação	0.00	11.76	41.18	41.18	5.88
p-valor	<0,001				
Escolaridade					
Sem escolaridade/Analfabeta	16.67	25.00	8.33	41.67	8.33
Até o fundamental completo	2.76	17.93	12.41	18.62	48.28
Até o ensino médio completo	1.54	10.77	16.92	13.85	56.92
Ensino superior	0.00	1.85	11.11	16.67	22.22
Sem informação	27.78	22.22	11.11	16.67	22.22
p-valor	<0,001				
Ocupação					
Do lar	0.00	11.11	12.96	16.67	59.26
Desempregada	0.00	50.00	0.00	50.00	0.00
Estudante	5.65	15.32	13.71	18.55	46.77
Outros	3.85	11.54	13.46	10.58	60.58
Sem informação	10.00	30.00	0.00	50.00	10.00
p-valor	0,034				

Caracterização do agressor					
Desconhecido	3.70	17.78	11.85	12.59	54.07
Conhecido	3.85	10.90	12.82	20.51	51.92
p-valor	0,263				
Familiar	0.00	14.29	9.52	26.98	49.21
Outros	7.59	8.86	13.92	12.66	56.96
p-valor	0.034				

Fonte: Pesquisa, 2019

A tabela 3 apresenta a análise bivariada entre as características sociodemográficas e do agressor em função do tempo. Com exceção do tipo de agressor (conhecido X desconhecido) todas as variáveis testadas apresentaram significância estatística.

Tabela 4. análise bivariada entre a idade gestacional, forma de acesso ao serviço e técnicas utilizadas para a interrupção da gestação. HMFM 1997 a 2018.					
Variáveis	1997-1999	2000-2004	2005-2009	2010-2014	2015-2018
Idade gestacional					
< 12 semanas	2.35	12.94	14.71	14.71	55.29
≥ 12 semanas	6.45	15.32	10.48	19.35	48.39
p-valor	0,213				
Diagnóstico de deficiência mental					
Não	3.61	14.08	13.72	15.16	53.43
Sim	11.76	11.76	0.00	41.18	35.29
p-valor	0,014				
Referência					
Setor saúde	1.89	6.60	14.15	17.92	59.43
Setor judiciário	9.68	30.11	15.05	13.98	31.18
Outras instituições públicas	0.00	50.00	50.00	0.00	0.00
Meios próprios	0.00	1.69	6.78	11.86	79.66
p-valor	<0,001				
Total de técnicas utilizadas no abortamento					
Apenas uma	11.59	37.68	21.74	10.14	18.84
Duas técnicas	1.38	5.99	9.68	17.97	64.98
Três técnicas	0.00	28.57	28.57	42.86	0.00

p-valor	<0,001				
Tipo de técnica utilizada					
Curetagem					
Não	8.57	37.14	30.00	8.57	15.71
Sim	2.68	6.70	7.59	19.20	63.84
p-valor	<0,001				
Krause					
Não	2.52	12.59	12.95	16.55	55.40
Sim	31.25	37.50	12.50	18.75	0.00
p-valor	<0,001				
Misoprostol					
Não	17.65	33.33	27.45	11.76	9.80
Sim	1.23	9.88	9.88	17.70	61.32
p-valor	<0,001				
AMIU					
Não	4.74	11.07	7.11	17.39	59.68
Sim	0.00	31.71	48.78	12.20	7.32
p-valor	<0,001				
Tempo médio de internação*	3,8 (1,8)	4,6 (3,12)	3,8 (2,17)	4,67 (4,21)	3,92 (2,49)
p-valor**	0,403				

Fonte: Pesquisa, 2019

Em relação a análise por períodos x faixa etária x cor e raça, houve um aumento significativo em todos os períodos. Esse fato possivelmente caracteriza a ampliação do acesso aos serviços de abortamento legal. Ademais, percebe-se que não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação ao tempo médio de internação.

6. Discussão

A violência contra a mulher negra e parda é presente nas suas mais diferentes faces. Estudos epidemiológicos mostram um aumento crescente no número de estupros contra as mulheres, principalmente entre negras e pardas, assim como a taxa de homicídios é maior entre as mulheres negras (5,3) do que entre as não-negras (3,1) — uma diferença de 71% (IPEA/FBSP, 2018).

De acordo com dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, em relação à raça/cor das vítimas, a proporção de casos de estupros cuja pessoa se identifica como branca caiu de 2011 até 2014 em -3,4 p.p. e ficou constante em 34,3% até 2016. Todavia, entre vítimas que se identificam como pardas, os casos cresceram em uma variação de 4,5%, envolvendo 45,3% dos casos. Além disso, não houve grande variação entre as demais raças/cores, fora os casos de pessoas que optaram por não informar sua raça (FBSP, 2018). Em quase todas as violências abordadas no *Dossiê Mulher 2019*, pretas e pardas são a maioria das vítimas, evidenciando a maior vulnerabilidade deste grupo à violência, principalmente às suas expressões mais graves, como homicídio doloso (59,1%), tentativa de homicídio (55,0%) e estupro (55,8%) (ISP/RJ, 2019).

De acordo com os dados do SINAN/DATASUS, no período de 2009 a 2017, houve notificação de 70.078 casos de estupro no Brasil de 2015 a 2019 e de 11.996 casos de violência contra a mulher no Rio de Janeiro, sendo 8.766 casos de estupro (73,07%). Destes casos de estupro no Rio de Janeiro, 1.453 (16,57%) foram contra mulheres negras, 2.933 (33,45%) contra mulheres pardas e 2.908 contra mulheres brancas (33,17%). O nosso

estudo corrobora com estes dados, mostrando um predomínio de abortamentos legais realizados em mulheres negras e pardas (60,47%) no HMFM. Por outro lado, observamos também um aumento crescente dos casos de abortamento legal em todas as etnias ao longo dos anos. Se fosse garantido o acesso igualitário a todas as mulheres de diferentes raças e etnias, esperaríamos que o número de eventos relacionados à violência sexual e ao estupro fosse ainda maior no grupo populacional de pardas e negras.

Drezett em seu estudo aponta que o perfil das mulheres submetidas ao abortamento legal no Hospital Pérola Byington até 2014, em São Paulo, era formado por mulheres jovens, de pouca escolaridade e sem relação estável com companheiro, dados muito semelhantes ao que encontramos em nosso estudo (palestra sobre Aborto Legal proferida no Seminário “Mídia e Aborto”, em 2015, acessada no Youtube em 10/10/2019 link <https://www.youtube.com/watch?v=2oqq5uQDwD0>). Assim como as crianças, sofrem violência sexual na maioria das vezes por alguém conhecido da família, as mulheres mais velhas são abordadas por agressores desconhecidos. As vítimas são mulheres absolutamente comuns, que em algum momento estavam vulneráveis a um crime sexual ou a uma perpetração da violência.

Quanto à faixa etária, de acordo com SINAN-DATASUS, no mesmo período de 2009-2017, ocorreram 1920 casos de estupro em menores de 14 anos (21,90%) e 1.715 casos em faixa etária de 15 a 19 anos (19,56%). Ou seja, 41,46% dos casos ocorre em mulheres adolescentes. Em nosso estudo, identificou-se que esta taxa foi menor, atingindo o patamar de 9.8%

em menores de 14 anos e 20.61% de 14 a 18 anos. No Hospital das Clínicas de Campinas (MUTTA & YELA, 2017), analisando 131 casos de interrupção da gestação por estupro de 1994 a 2004 naquela instituição, observou-se uma idade média era de 23 +/- 9 anos, sendo que 36.6% dos casos em mulheres de 10 a 20 anos; 35.9% em mulheres de 21 a 30 anos e 27.5% em mulheres de 31 a 41 anos, bem próximo do nosso estudo e dos dados do DATASUS.

Chama atenção em nosso estudo os casos de abortamento legal realizados em menores de 14 anos, decorrentes de um delito denominado de estupro de vulnerável, onde 51.72% ocorreram entre 2015 e 2018. Cabe salientar que nesses casos há notificação ao Conselho Tutelar e essa vítima terá acompanhamento do seu evento para evitar a perpetuação da violência. Acreditamos que isso ocorreu e continua ocorrendo devido a um aumento progressivo do conhecimento das leis que protegem o adolescente e por conta de maior acessibilidade aos serviços de atenção primária nesse período. Sabemos que, embora muitas vezes nessa idade o sexo tenha sido consensual, é juridicamente criminoso. Vulnerável absoluto de acordo com a Legislação Brasileira é, no sentido etário, menores de 14 anos. Também é vulnerável aquele que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa não possa oferecer resistência (CODIGO PENAL, 1940).

Não identificamos no SINAN-DATASUS registro com relação à situação conjugal das vítimas e/ou ocupação. Faço uma análise crítica ao registro de situação conjugal identificado no presente estudo, onde 82.09%

das vítimas declararam não ter uma relação estável com companheiro na ocasião da violência. Seria mais fácil a autorização do procedimento nessas circunstâncias? De acordo com Drezett (2015) esse fato se repete em São Paulo. Entretanto, no estudo da UNICAMP (MUTTA & YELA, 2017) observou-se que 81.8% das mulheres não declararam ter uma relação estável no momento do atendimento, muito próximo dos nossos resultados.

Nessa questão, referente a ter ou não companheiro ou uma relação estável, cabe uma reflexão sobre os resultados encontrados nas pesquisas: “as mulheres atendidas imaginam que a paternidade pudesse ser questionada no caso de terem companheiro?” Ou pior: “teriam medo que os serviços não acreditassem que elas possam ser vítimas de violência por parte de seus companheiros, namorados ou “ficantes”, caracterizando o evento como estupro?”

Quanto à escolaridade, segundo dados de registro no SINAN-DATASUS (2009-2017), 69,18% não tinha esta informação. Das que possuíam esta informação, 3,89% dos casos de estupro ocorreram contra mulheres analfabetas, 24,13% contra mulheres com até primeiro grau completo, 57,83% com até segundo grau completo, 14,12% casos em mulheres com ensino superior. Esses dados diferem dos encontrados na nossa pesquisa, onde há predomínio em mulheres de baixa escolaridade. O abortamento legal no HMFM foi realizado em 53.04% em mulheres analfabetas e com primeiro grau. Analisando por períodos de tempo, há um aumento ao longo dos anos em todos os grupos, mas chama atenção o período de 2015 a 2018 onde houve elevação do número de abortamentos

em mulheres com ensino superior. Essas mulheres teriam maior conhecimento sobre direitos sexuais e reprodutivos? Os direitos são iguais, mas entendemos que o acesso em educação e saúde não o são. Por outro lado, tratando-se de uma unidade municipal, podemos inferir que o público natural seria composto de classe econômica média ou baixa. Mulheres grávidas de classe mais alta, que intencionam o abortamento, independente de situação de estupro ou não procuram clínicas privadas clandestinas.

De acordo com Fórum Brasileiro de Segurança Pública, no que se refere ao nível de escolaridade das vítimas com 18 anos de idade ou mais, observa-se uma repetição do perfil. Excetuando-se os casos em que a escolaridade era desconhecida, nota-se que a maior proporção dos estupros reportados vitimou mulheres com o ensino médio completo. Como na população em geral, a proporção de mulheres com escolaridade abaixo do ensino médio completo é maior do que a proporção das que possuem essa escolaridade, possivelmente, reflete a maior propensão das mulheres escolarizadas em buscar auxílio nas agências do Estado (FBSP, 2018). Ou seja, mulheres com baixa escolaridade ainda possuem baixo acesso aos serviços de modo geral. Isso nos faz pensar que mecanismos de apoio à saúde, à educação e à segurança pública devem ser desenvolvidos para alcançar esta faixa populacional e ampliar o acesso aos serviços de forma geral ou a um serviço específico, como o de abortamento legal. Em nosso estudo, observamos que 73.29% das mulheres foram encaminhadas por instituições públicas como unidades de saúde ou sistema judiciário, em detrimento de 20,47% que foram aos HMFMs por meios próprios e 6,41%

sem informações de como tiveram acesso ao serviço de Abortamento Legal. É interessante observar que cronologicamente ocorreu um aumento expressivo do encaminhamento pelo setor saúde e mais intensamente a chegada ao serviço por meios próprios. A expansão da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro, a partir de 2009, pode ser a resposta para esse maior referenciamento. A formação de vínculo com a população, a adscrição da clientela a um território e o olhar longitudinal do cuidado são aspectos da lógica de trabalho das equipes de Saúde da Família que podem ter uma participação importante nesse movimento.

O abortamento legal no HMFM foi realizado na maioria das vezes em mulheres estudantes e trabalhadoras (76,70%), refletindo a vulnerabilidade do ir e vir ou na facilidade do seu deslocamento para busca de auxílio em equipamentos públicos. Entretanto, o deslocamento para o trabalho muito cedo (horário mais frequente para ocorrência da agressão) e a falta de segurança pública, existente no município do Rio de Janeiro, contribuem para pensarmos na primeira opção como a mais provável.

Quanto ao agressor, de acordo com registros SINAN-DATASUS (2009-2017), em 1.778 (14,82%) dos casos ele era conhecido da vítima e em 3.499 (29,16%) era desconhecido. Demais casos sem registro (56,02%). Em nosso estudo há uma prevalência de agressores conhecidos (53,04%). Esse fato mostra a vulnerabilidade da mulher, da criança e da adolescente no seu convívio familiar e nas suas relações de amizade. No estudo de Campinas (MUTTA & YELA, 2017) observa-se 62,3% de agressores eram desconhecidos, dado que difere da nossa pesquisa. Cabe salientar que as fichas de notificação SINAN-DATASUS podem ter sido mal preenchidas,

visto que em nosso estudo encontramos muitos dados extras nos relatos do serviço social e saúde mental que não constavam nas fichas de notificação. O SINAN é preenchido no primeiro atendimento que é, na maioria das vezes, realizado no serviço de emergência, o que compromete a privacidade da vítima para relatar o ocorrido.

Em 2016, foram registrados nas polícias brasileiras 49.497 casos de estupro, conforme informações disponibilizadas no 11º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Nesse mesmo ano, no Sistema Único de Saúde foram registrados 22.918 incidentes dessa natureza, o que representa aproximadamente a metade dos casos notificados à polícia. Certamente, as duas bases de informações possuem uma grande subnotificação e não dão conta da dimensão do problema, tendo em vista o tabu engendrado pela ideologia patriarcal, que faz com que as vítimas, em sua grande maioria, não reportem a qualquer autoridade o crime sofrido. Esses dados são importantes porque mostram que as mulheres ainda desconhecem seus direitos sexuais e reprodutivos e que a polícia não está encaminhando as vítimas para serviços de saúde a fim de realizarem as profilaxias de DSTs e gravidez. De acordo com relato das vítimas que atendemos em nosso serviço, de modo geral, possuem seu depoimento questionado, até mesmo em Delegacias especializadas no atendimento à mulher.

De acordo com Drezett (palestra sobre Aborto Legal proferida no Seminário “Mídia e Aborto”, em 2015, acessada no Youtube em 10/10/2019 link <https://www.youtube.com/watch?v=2oqq5uQDwD0>) as mulheres que procuraram o serviço de abortamento legal no Hospital Pérola Byington foram encaminhadas na sua maioria por serviços de saúde

(45,9%), incluídos nesse número, serviços públicos de saúde, particulares e outros serviços de abortamento legal e violência sexual. No nosso estudo a maioria dos encaminhamentos ao serviço de abortamento legal também foi feito por serviços de saúde (36.82%). Reforçamos aqui a importância das unidades de atenção primária, que são a porta de entrada das mulheres vítimas de violência e de como as equipes de saúde devem ser qualificadas para atenderem uma usuária tão especial e para lidarem com um fenômeno tão delicado. Isto é um ponto nevrálgico na atenção básica, assim como outras situações de violência. No estudo da UNICAMP (MUTTA & YELA, 2017), 91.6 % das vítimas tinha registrado ocorrência apesar de não ser necessária a apresentação da mesma. Cabe salientar que no dia 22 de março de 2005, o Ministério da Saúde reeditou a Norma Técnica que orienta sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, e que traz como principal novidade a não exigência da apresentação do Boletim de Ocorrência pela vítima de estupro para a realização de aborto legal. Ou seja, a passagem por uma Delegacia de Polícia não é fator indispensável ao cuidado da mulher vítima de violência sexual.

Observamos no nosso estudo um aumento crescente no número de abortamento legais realizados ao longo dos anos, sendo que 52,53% ocorreram no último quadriênio (2015 a 2018). Acreditamos que a expansão da atenção primária, maior facilidade de acesso e a divulgação dos serviços de abortamento legal contribuiu para isso. Em 2013, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de

atendimento do Sistema Único de Saúde e definiu regras para habilitação e funcionamento dos serviços de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2013). Além disso, houve nos últimos anos um esforço da SMS-RJ para treinar e capacitar outras unidades para realização do procedimento. Em relação implementação de políticas públicas, iniciou-se o serviço de UPAS em 2008 e em 2010 ampliação da rede de atenção primária, como já dito anteriormente.

Quanto a idade gestacional no momento da interrupção, os dados encontrados em nosso estudo não foram significativos estatisticamente, mas chamam atenção. Esperávamos um aumento crescente e significativo de abortamentos legais com menos de 12 semanas. Entretanto, embora o acesso esteja melhor e os serviços de saúde mais preparados para o enfrentamento do problema e orientação da população, muitas vezes as mulheres se defrontam com situações que atrasam a busca ao serviço de abortamento legal. O diagnóstico tardio da gravidez, a falta de ações de educação em saúde, o desconhecimento do próprio corpo, a negação do evento violento e a falta de conhecimento da legislação e de seus direitos civis fazem-nas peregrinar desnecessariamente entre Instituto Médico Legal e a delegacia, atrasando sua chegada ao serviço de saúde. Além disso, muitas vezes a mulher é contra o abortamento e precisa de um tempo para tomar a sua decisão. Abortar, mesmo em gravidezes indesejadas e decorrentes de estupro, pode ser um ato muito difícil para a vítima.

Em relação aos métodos utilizados para interrupção da gravidez, em números gerais, o uso de duas técnicas foi responsável por 73.65% dos

casos totais, o uso do misoprostol associado a wintercuretagem. Uma única técnica para realização do abortamento legal foi utilizada como principal estratégia apenas no período de 2000 a 2009 em 59,42% dos casos. Dentro desse período a aspiração intrauterina foi o procedimento mais utilizado (80,49% dos casos). Embora esta seja a mais indicada, provavelmente ocorreu um declínio do seu uso em decorrência da ausência de profissionais anestesistas disponíveis a participarem do evento cirúrgico, seja pela aposentadoria dos que faziam parte do serviço quando, o mesmo foi implantado, seja por objeção de consciência.

É necessário reforçar que esta é a técnica ideal em idades gestacionais precoce, por ser procedimento rápido e seguro, realizado sob sedação. Além disso, impede a visualização da eliminação do produto da concepção, o que reduz a exposição da mulher a mais um sofrimento desnecessário. A chegada tardia desta mulher ao serviço e a objeção de consciência por parte da equipe médica (obstetras e anestesistas) impede sua realização mais frequentemente. Atualmente como já relatado, a grande maioria dos abortamentos legais é realizada com o uso do Misoprostol, seguido de Wintercuretagem, o que pode estender a internação da mulher no serviço por mais alguns dias.

7.Considerações finais

Chegamos ao final dessa pesquisa certos que conseguimos atingir os objetivos previamente estabelecidos. Trazemos algumas reflexões sobre os resultados que serão abaixo apresentadas.

A possibilidade da interrupção da gestação ainda não pode ser classificada como um direito plenamente garantido às mulheres. A violação do acesso à informação é um dos entraves estruturais que perpetuam esta situação: para acessar o abortamento legal, é necessário saber desse direito. Além disso a mulher precisa saber quais os estabelecimentos que realizam o procedimento. Não existe uma ampla divulgação e o acesso a essas informações pode não ser fácil. Daí a importância da atenção básica à saúde atuar, através da formação do vínculo que é desenvolvido no estabelecimento do cuidado, no sentido de acolher mulheres vítimas de violência sexual, reconhecer possíveis gravidezes oriundas desse evento e apoiá-las na busca de serviços que possam realizar o abortamento legal, se assim o desejarem (ART 19, 2018).

Se há oferta de serviços de abortamento legal, se não há necessidade de Boletim de Ocorrência registrado em Delegacia de Polícia, deveríamos receber mais pacientes com menos de 12 semanas de gestação, no entanto essa não é a realidade que conhecemos. Alguns fatores podem ser responsáveis por isso: a intimidação da vítima (pelo agressor, pela sua família ou pela sociedade em geral); a demora no diagnóstico da gestação (por falta de autoconhecimento corporal, por negação que dificulta a aceitação do diagnóstico, por questões religiosas e de foro íntimo da

própria vítima, que pode ser contrária ao abortamento); as barreiras de acesso ao serviço de saúde (minimizadas quando possuímos uma rede organizada, com a atenção primária como porta de entrada) e a demora para caracterizar a violência. Embora reconheçamos que na última década houve uma melhora importante no acesso, acreditamos que temos ainda um caminho pela frente onde obstáculos como o preconceito e fragilidade dos serviços de saúde e de apoio precisam ser contornados.

As perspectivas, entretanto, são promissoras. As leis e portarias do Ministério da Saúde vem contribuindo de maneira positiva para o enfrentamento do problema da violência sexual e abortamento legal no país, além de identificarmos que o grande número de encaminhamentos do setor saúde mostra o maior conhecimento sobre o tema e sua condução.

De acordo com nosso estudo, o problema da violência sexual contra mulher e abortamento legal no Município do Rio de Janeiro mostra apenas uma pequena porcentagem dos casos de gestação decorrentes da violência sexual que teve seu direito garantido.

A ampliação das Clínicas da Família e ampliação da rede de atenção básica contribuíram para aumentar o acesso dessas mulheres. O grande número de encaminhamentos para os Serviços de Aborto Legal, no Rio de Janeiro e São Paulo, se dá por serviços de Saúde. Capacitar melhor os envolvidos na estratégia de saúde da família, com acolhimento adequado, sem discriminação e/ou preconceito são fundamentais. Treinar o olhar desses profissionais para identificar mulheres e crianças em situação de violência é necessário para tentarmos evitar a perpetuação do problema.

Cabe a nós profissionais envolvidos nesse trabalho orientar as mulheres, adolescentes, crianças e seus responsáveis sobre a importância do Boletim de Ocorrência, mas salientamos mais uma vez que a ausência dele não impede o cuidado adequado. No início do Serviço de Abortamento Legal, achávamos que o B.O protegia a equipe multiprofissional envolvida, mas com a reedição da Norma Técnica do Ministério da Saúde, em 2005, caiu em desuso.

Em 2019 o CREMERJ se posicionou sobre a obrigatoriedade dos profissionais de saúde em registrar casos de violência sexual à polícia, publicando em 16 de julho uma resolução que pode representar a proteção de centenas ou milhares de vítimas de estupro no Brasil e colaborar para que seus agressores sejam punidos. A resolução CREMERJ nº 296/2019 está amparada na recente Lei nº 3.718/2018, tornando obrigatória a notificação de qualquer caso de estupro às autoridades competentes. Até então, sem comunicação às autoridades, o “abortamento legal” em caso de estupro poderia ser utilizado como meio para ocultar os abusos sexuais que a mulher ou adolescente vem sofrendo, perpetuando-se dessa forma a violência sexual e caracterizando, muitas vezes, situação de aborto contra vontade da gestante, já que muitas vezes é o violador quem quer o aborto para ocultar os abusos. A medida ainda evita possíveis falsas alegações de estupro para conseguir aborto no SUS no estado do Rio de Janeiro. Ainda não sabemos como ficará essa questão. Será que essa resolução protege mulheres, adolescentes e crianças ou expõe ainda mais as mesmas ao risco. A obrigatoriedade dos serviços de saúde em notificar a polícia casos de violência quebra o sigilo médico-paciente e pode colocar famílias inteiras

em risco, no caso de agressores envolvidos com o crime em comunidades mais carentes. Estamos aguardando uma posição da SMS-RJ sobre o caso.

Outro ponto fundamental é capacitar as Delegacias de Polícia para o acolhimento e encaminhamentos adequados em cada caso. De acordo com inúmeros relatos de mulheres, os delegados fazem algumas vezes perguntas indiscretas e chegam a duvidar da palavra da mulher.

Trazemos ao final deste trabalho, uma proposta de fluxo de atendimento para mulheres grávidas em decorrência de estupro. Um primeiro movimento seria divulgar amplamente o serviço de Abortamento Legal para aumento da acessibilidade, quais sejam: delegacias de polícia, unidades básicas de saúde, serviços de assistência social e ampliar o conhecimento da sociedade civil como um todo, sobre o assunto.

A partir daí, unificar o protocolo de atendimento a essas mulheres e criar um banco de dados estadual que permita a coleta aprofundada dos dados (documento este que não existe atualmente) e a integração das informações sobre os episódios de violência sexual sofrido por essas mulheres, a ser inserido através do Cadastro Único de Saúde. Com isso, poderíamos ter um histórico de violência repetida e uma caracterização do perfil da vítima, para que possamos criar estratégias de proteção e, ao mesmo tempo, identificar algumas situações onde as mulheres, de maneira indevida procuram este serviço.

Ao chegar na unidade que possui o serviço de Abortamento Legal, essa mulher deverá passar por atendimento multiprofissional, para diagnóstico da situação e definição de critérios de elegibilidade para a realização do procedimento. Após o acolhimento e realização do

abortamento legal, as mulheres deverão ser referenciadas novamente para a unidade básica de seu território e, quando necessário, encaminhadas para acompanhamento mais prolongado em serviços de ginecologia e de saúde mental. Temos que lembrar que esta mulher, em grande parte das vezes é vítima de alguém muito próximo do seu cotidiano, portanto, nossa responsabilidade sanitária e jurídica deve ultrapassar esse momento do evento clínico.

Este estudo teve suas limitações técnicas devido a inexistência de um protocolo específico para a coleta de dados das mulheres que procuraram o serviço de abortamento legal, entretanto acreditamos que trouxemos à luz informações importantes sobre um tema que é tabu e, por conta disso, pouco discutido, refletido e pesquisado. Ainda que seja um pequeno passo, é o início de um movimento para estudos mais aprofundados no município do Rio de Janeiro e com potencial gerador de fortalecimento de políticas públicas de proteção a uma parcela significativa da população de mulheres que, muitas vezes, não são apoiadas pelos serviços públicos de saúde.

Referências

Artigo 19-Breve Panorama sobre Aborto Legal e Transparência no Brasil
20 de dezembro de 2018 -

BASILE KC & Smith SG. Sexual violence victimization of women: prevalence, characteristics, and the role of public health and prevention. *Am J Lifesty Med* 2011; 5:407-17.

BLACK, MC, *et al.* The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 summary report. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2011.

BRASIL, 1940. Decreto lei 2848;7 de setembro de 1940. Código Penal Brasileiro

BRASIL, 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente.

BRASIL, 2005. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos Caderno nº 4 Brasília DF 2005.

BRASIL,2005 Direitos sexuais e reprodutivos-Uma prioridade do governo.

BRASIL, 2008. Ministério da Saúde. Temático prevenção de violências e cultura da paz III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.

BRASIL, 2009. Lei no 12.015, de 7 de agosto de 2009.

BRASIL, 2012. Protocolos para utilização Misoprostol.- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Protocolo misoprostol. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_utilizacao_misoprostol_obstetricia.pdf>. Acesso em set. 2019.

BRASIL, 2012. Ministério da Saúde. Norma Técnica Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2012.

CAMPBELL, L *et al.* Prevalence of mental health problems and deliberate self-harm in complainants of sexual violence. J Forensic Leg Med 2007; 14:75-8.

CERQUEIRA, D; COELHO, D. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde. 2014.

DREZETT, J. Aborto previsto em lei. Centro de Referência da Saúde da Mulher Hospital Pérola Byington Núcleo de Programas Especiais. 2015.

DREZETT, J. <https://drauziovarella.uol.com.br/videos/palestras/aborto-legal-no-brasil-e-no-mundo-palestra/> acesso em setembro de 2019

DREZETT, J. et al., 2017. Relação entre marcos de políticas públicas e o incremento no atendimento de casos novos em um serviço de referência em violência sexual. Fala no XI Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar.

DREZETT, J. 2017. Aborto em situações de violência sexual: o que representa a experiência do Hospital Pérola Byington? [Juízes para a Democracia](#). ISSN: [2358-4653](#) Volume/Número/Paginação/Ano: v.17, n. 75, p.3, 2017

FACURI, C. et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo. Revista de Estudos e pesquisas sobre as Américas. Vol 9 N 2, 2015.

FAVARELLI, C, *et al* .Psychopathology after rape. Am J Psychiatry 2004; 161:1483-5.

GALLI B. ***Violência sexual, gravidez indesejada e acesso ao aborto legal:*** uma abordagem de direitos humanos e igualdade de gênero. Rio de Janeiro: Ipas Brasil; 2005. Disponível em: http://www.ipas.org.br/arquivos/caso_out2005.doc Acesso em: novembro de 2018

GROSSIN, C, *et al*. Analysis of 418 cases of sexual assault. Forensic Sci Int 2003; 131:125-30.

HERINGER, B. *Objecção de consciência e direito penal: Justificação e Limites*, Rio de Janeiro, Lúmem Júris, 2007, pág 41 a 43.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, *Dossiê Mulher 2019 (ISP/RJ). Dossiê Violência contra as mulheres*. Disponível em: <<https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/?tipos%5B%5D=fontes&s=debora+diniz>>. Acesso em: novembro de 2018.

IPEA ,2014 *Estupro no Brasil Uma radiografia segundo os dados de saúde*. Daniel Cerqueira & Danilo Santa Cruz Coelho

IPEA, 2016. *Panorama da violência contra as mulheres no Brasil [recurso eletrônico]: indicadores nacionais e estaduais*. -- N. 1 (2016)-. -- Brasília: Senado Federal, Observatório da Mulher contra a Violência, 2016-.

IPEA *Atlas da Violência 2018 (Ipea/FBSP, 2018) Fórum Brasileiro de segurança pública Rio de Janeiro- junho 2018*

KULIER, R. *et al.* A. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 4. Art. No.: CD002900. DOI: 10.1002/14651858.CD002900.

KRUG, E.G,*et al.* *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.

MATIELO, Fabrício Zamproga. Aborto e Direito Penal. 1. ed. Porto Alegre: Sagra – DC Luzzatto, 1994, p. 15.

MUTTA, D.S *et al.* Características sociodemográficas de mulheres que realizaram aborto legal decorrente de violência sexual em um Hospital Público em Campinas: estudo transversal. São Paulo Med.J., 2017: 135(4):363-8

OLIVEIRA, E.M. *et al.*, Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Revista de Saúde Pública 2005; 39:376-82.

OLIVEIRA, G. 2018. Dados oficiais de estupro no Brasil: a questão da subnotificação

Organização Mundial de Saúde (OMS). Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2ª edição.2011.

ONU, Declaração das Nações Unidas sobre eliminação da violência contra a mulher. 85a. Assembléia Geral, 1993.

PITANGUY & GARBAYO. A implementação do aborto legal no serviço público de saúde. CEPIA .1995.

SANTOS, I. A Objeção De Consciência Face Ao Aborto Legal No Ordenamento Jurídico Brasileiro. Disponível em :

www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/download/1379/1066

Acesso em nov 2018.

SHEKERELA, B. *et al.* Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: results from Tanzania. BJOG. 2007 Nov;114(11):1363-7. Epub 2007 Sep 5. PubMed PMID: 17803714.

SOUZA, *et al.* Solução oral escalonada de misoprostol para indução do parto: estudo piloto. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Recife PE, 32(5):208-213, maio. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000500002>

VENTURA, M Direitos sexuais e reprodutivos no Brasil . 3ª edição 2009. World Association for sexual health.2014.

Anexos e Apêndices

Portaria nº 1.508/GM/MS, de 02 de setembro de 2005 que dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

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

Portaria nº 528/GM/MS, de 1º de abril de 2013, que define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

Anexo I

LEI Nº 1042 DE 28 DE JULHO DE 1987.

(Regulamentada pelos Decretos nº 6849/1987 e nº 18.475/2000)

(Vide Decreto nº 18.475/2000)

ESTABELECE A OBRIGATORIEDADE, À REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO, DO ATENDIMENTO MÉDICO PARA A PRÁTICA DO ABORTO, NOS CASOS PREVISTOS EM LEI.

Autor: Ver. Hélio Fernandes Filho

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, faço saber que a Câmara Municipal do Rio de Janeiro decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Caberá à rede de serviços de saúde do município, através do seu corpo clínico, prestar o atendimento médico para a prática do aborto, nos casos excludentes de antijuridicidade, previstos no Código Penal, quais sejam:

- a) se não há outro meio de salvar a vida da gestante;
- b) se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido do consentimento da gestante ou, quando incapaz, de representante legal.

Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 28 de julho de 1987.

ROBERTO SATURNINO BRAGA

Prefeito

Anexo II

DECRETO Nº 6849 DE 28 DE JULHO DE 1987

Regulamenta a Lei nº 1.042, de 28 de julho de 1987.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, no uso de suas atribuições legais, e

CONSIDERANDO o respeito à consciência individual, em casos onde a lei faculta o direito de opção;

CONSIDERANDO os riscos físicos que por vezes comprometem a vida das gestante;

CONSIDERANDO os crimes sexuais, lamentavelmente muito freqüentes em nossa sociedade, que podem macular a procriação com as marcas da violência, da humilhação e do ódio;

CONSIDERANDO o dever do poder público em assistir solidariamente às mulheres vítimas de violência sexual, com a prestação de serviços de saúde gratuitos nos casos previstos em lei;

CONSIDERANDO a obrigação do poder público em proteger as condições essenciais à ocorrência da maternidade, em seus aspectos ético, psicológico e social;

CONSIDERANDO este Decreto como um gesto de proteção à maternidade contra ameaças físicas e morais, DECRETA:

Art. 1º Caberá à rede de serviços de saúde do Município, pelo seu corpo clínico, prestar o atendimento médico para a prática do aborto, nos casos excludentes de antijuridicidade, previstos no Código Penal.

Art. 2º Nos casos de aborto cuja gravidez acarrete risco de vida da gestante, o procedimento médico será realizado em qualquer Unidade de Saúde do Município que tenha condições de fazê-lo, sendo enviada cópia do procedimento assinada por três médicos ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Art. 3º Em caso de estupro, o aborto somente deverá ser processado no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães ou na Maternidade Municipal Herculano Pinheiro.

§ 1º Os casos a que se refere o presente artigo serão examinados, em cada uma das Unidades mencionadas, por uma comissão multiprofissional de cinco membros designada pelo Secretário Municipal de Saúde, sendo membro nato o Presidente da Comissão de Ética Médica da Unidade respectiva.

§ 2º Para os efeitos deste artigo deverá ser arquivada cópia do registro policial da ocorrência e o do laudo pericial do Instituto Médico Legal.

Art. 4º Em qualquer das hipóteses referidas nos artigos anteriores, à documentação do caso deverá ser juntada declaração escrita de consentimento da gestante, ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Art. 5º Fica assegurada ao médico a escusa de realizar os atos referidos nos arts. 2º e 3º por razões de consciência, em conformidade com o Código de Ética Médica.

Parágrafo único. A recusa do médico não elide a responsabilidade da instituição em realizar o aborto.

Art. 6º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 28 de julho de 1987 - 423º de Fundação da Cidade

ROBERTO SATURNINO BRAGA

D.O. RIO 29.07.1987

Anexo III

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.508, DE 1º DE SETEMBRO DE 2005

Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando que o Código Penal Brasileiro estabelece como requisitos para o aborto humanitário ou sentimental, previsto no inciso II do art. 128, que ele seja praticado por médico e com o consentimento da mulher;

Considerando que o Ministério da Saúde deve disciplinar as medidas assecuratórias da licitude do procedimento de interrupção da gravidez nos casos previstos em lei quando realizado no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de se garantir aos profissionais de saúde envolvidos no referido procedimento segurança jurídica adequada para a realização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei; e

Considerando que a Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes não obriga as vítimas de estupro da apresentação do Boletim de Ocorrência para sua submissão ao procedimento de interrupção da gravidez no âmbito do SUS, resolve:

Art. 1º O Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei é condição necessária para adoção de qualquer medida de interrupção da gravidez no âmbito do Sistema Único de Saúde, excetuados os casos que envolvem riscos de morte à mulher.

Art. 2º O Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei compõe-se de quatro fases que

deverão ser registradas no formato de Termos, arquivados anexos ao prontuário médico, garantida a confidencialidade desses termos.

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

Parágrafo único. O Termo de Relato Circunstanciado deverá ser assinado pela gestante ou, quando incapaz, também por seu representante legal, bem como por dois profissionais de saúde do serviço, e conterá:

I - local, dia e hora aproximada do fato;

II - tipo e forma de violência;

III - descrição dos agentes da conduta, se possível; e

IV - identificação de testemunhas, se houver.

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, e esse Termo conterá advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e de aborto (art. 124 do Código Penal), caso não tenha sido vítima de violência sexual.

Art. 6º A quarta fase se encerra com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que obedecerá aos seguintes requisitos:

I - o esclarecimento à mulher deve ser realizado em linguagem acessível, especialmente sobre:

- a) os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde;
- b) os procedimentos que serão adotados quando da realização da intervenção médica;
- c) a forma de acompanhamento e assistência, assim como os profissionais responsáveis; e
- d) a garantia do sigilo que assegure sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos, exceto quanto aos documentos subscritos por ela em caso de requisição judicial;

II - deverá ser assinado ou identificado por impressão datiloscópica, pela gestante ou, se for incapaz, também por seu representante legal; e

III - deverá conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez.

Art. 7º Todos os documentos que integram o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, conforme Modelos dos Anexos I, II, III, IV e V desta Portaria, deverão ser assinados pela gestante, ou, se for incapaz, também por seu representante legal, elaborados em duas vias, sendo uma fornecida para a gestante.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º Fica revogada a Portaria nº 1145/GM, de 7 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 130, de 8 de julho de 2005, Seção 1, página 31.

Anexo IV

DECRETO Nº 7.958, DE 13 DE MARÇO DE 2013

Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, **caput**, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto nos incisos IV e V do **caput** do art. 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990,

DECRETA:

Art. 1º Este Decreto estabelece diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS, e as competências do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde para sua implementação.

Art. 2º O atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS observará as seguintes diretrizes:

- I - acolhimento em serviços de referência;
- II - atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade;
- III - disponibilização de espaço de escuta qualificado e privacidade durante o atendimento, para propiciar ambiente de confiança e respeito à vítima;
- IV - informação prévia à vítima, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das

condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;

V - identificação e orientação às vítimas sobre a existência de serviços de referência para atendimento às vítimas de violência e de unidades do sistema de garantia de direitos;

VI - divulgação de informações sobre a existência de serviços de referência para atendimento de vítimas de violência sexual;

VII - disponibilização de transporte à vítima de violência sexual até os serviços de referência; e

VIII - promoção de capacitação de profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS para atender vítimas de violência sexual de forma humanizada, garantindo a idoneidade e o rastreamento dos vestígios coletados.

Art. 3º Para os fins deste Decreto, considera-se serviço de referência o serviço qualificado para oferecer atendimento às vítimas de violência sexual, observados os níveis de assistência e os diferentes profissionais que atuarão em cada unidade de atendimento, segundo normas técnicas e protocolos adotados pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Justiça.

Art. 4º O atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais da rede do SUS compreenderá os seguintes procedimentos:

I - acolhimento, anamnese e realização de exames clínicos e laboratoriais;

II - preenchimento de prontuário com as seguintes informações:

a) data e hora do atendimento;

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

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

d) descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica;

e) descrição minuciosa de vestígios e de outros achados no exame; e

f) identificação dos profissionais que atenderam a vítima;

III - preenchimento do Termo de Relato Circunstanciado e Termo de Consentimento Informado, assinado pela vítima ou responsável legal;

IV - coleta de vestígios para, assegurada a cadeia de custódia, encaminhamento à perícia oficial, com a cópia do Termo de Consentimento Informado;

V - assistência farmacêutica e de outros insumos e acompanhamento multiprofissional, de acordo com a necessidade;

VI - preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências; e

VII - orientação à vítima ou ao seu responsável a respeito de seus direitos e sobre a existência de serviços de referência para atendimento às vítimas de violência sexual.

§ 1º A coleta, identificação, descrição e guarda dos vestígios de que tratam as alíneas “e” e “f” do inciso II e o inciso IV do **caput** observarão regras e diretrizes técnicas estabelecidas pelo Ministério da Justiça e pelo Ministério da Saúde.

§ 2º A rede de atendimento ao SUS deve garantir a idoneidade e o rastreamento dos vestígios coletados.

Art. 5º Ao Ministério da Justiça compete:

I - apoiar a criação de ambiente humanizado para atendimento de vítimas de violência sexual nos órgãos de perícia médico-legal; e

II - promover capacitação de:

a) peritos médicos-legistas para atendimento humanizado na coleta de vestígios em vítimas de violência sexual;

b) profissionais e gestores de saúde do SUS para atendimento humanizado de vítimas de violência sexual, no tocante à coleta, guarda e transporte

dos vestígios coletados no exame clínico e o posterior encaminhamento do material coletado para a perícia oficial; e

c) profissionais de segurança pública, em especial os que atuam nas delegacias especializadas no atendimento a mulher, crianças e adolescentes, para atendimento humanizado e encaminhamento das vítimas aos serviços de referência e a unidades do sistema de garantia de direitos.

Art. 6º Ao Ministério da Saúde compete:

I - apoiar a estruturação e as ações para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual no âmbito da rede do SUS;

II - capacitar os profissionais e gestores de saúde do SUS para atendimento humanizado; e

III - realizar ações de educação permanente em saúde dirigidas a profissionais, gestores de saúde e população em geral sobre prevenção da violência sexual, organização e humanização do atendimento às vítimas de violência sexual.

Art. 7º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de março de 2013; 192º da Independência e 125º da República.

DILMA ROUSSEFF

José Eduardo Cardozo

Alexandre Rocha Santos Padilha

Eleonora Menicucci de Oliveira

Anexo V

PORTARIA Nº 528, DE 1º DE ABRIL DE 2013

Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

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

Considerando o art. 227 da Constituição, que dispõe que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à

cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão;

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

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

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

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

Considerando a Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, que altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata da corrupção de menores;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

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

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

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

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

Considerando a Portaria nº 1.508/GM/MS, de 1º de setembro de 2005, que dispõe sobre o procedimento de justificação e a autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei no âmbito do SUS;

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

Considerando a Portaria nº 1.944/GM/MS, de 28 de agosto de 2009, que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

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

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

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

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

Considerando as regras e as diretrizes técnicas do Ministério da Saúde relacionadas ao atendimento da violência sexual e os agravos decorrentes e à atenção humanizada em situações de abortamento em vigor, que orientam gestores e profissionais de saúde no sentido da organização de estratégias e ações em saúde; e

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

Art. 1º Esta Portaria define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º O Serviço de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual é um dos pontos de atenção das redes intersetoriais de atendimento da violência contra mulheres, previstas na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, homens, crianças, adolescentes, jovens e pessoas idosas, que tem como função precípua a preservação da vida e a continuidade do cuidado pelos componentes da Rede de Atenção à Saúde nas regiões de saúde.

Art. 3º As ações em saúde desempenhadas no âmbito do Serviço de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual é organizado nos seguintes termos:

I - Serviço de Atenção Integral para Mulheres em Situação de Violência Sexual;

II - Serviço de Atenção à Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei;

III - Serviços de Atenção Integral à Saúde de Crianças e Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Situação de Violência Sexual;

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

V - Serviço de Atenção Integral para Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual.

Art. 4º O Serviço de Atenção Integral para Mulheres em Situação de Violência Sexual é composto por estabelecimentos de saúde que realizam atendimento ginecológico e/ou obstétrico a mulheres vítimas de violência sexual, tais como hospitais gerais e maternidades, pronto-socorros, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência não hospitalares, ambulatórios de especialidades clínicas afins e unidades de atenção básica em saúde.

Parágrafo único. Compete aos estabelecimentos de saúde que compõem o Serviço de Atenção Integral para Mulheres em Situação de Violência Sexual realizar em favor das mulheres vítimas de violência sexual:

I - acolhimento;

II - atendimento clínico;

III - atendimento psicológico;

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

V - notificação compulsória institucionalizada;

VI - referência laboratorial para exames necessários;

VII - referência para coleta de vestígios de violência sexual; e

VIII - referenciamento na rede do SUS para acompanhamento psicossocial e interface com estabelecimentos de referência definidos na região de saúde.

Art. 5º O Serviço de Atenção à Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei é composto por estabelecimentos de saúde hospitalares que realizam atendimento ginecológico e obstétrico para mulheres, adolescentes e crianças até 12 anos de idade, de acordo com as faixas etárias orientadas pela Organização Mundial da Saúde e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, para fins de interrupção de gravidez nos casos previstos em lei.

Parágrafo único. Compete aos estabelecimentos de saúde que compõem o Serviço de Atenção à Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei realizar em favor das mulheres, adolescentes e crianças para fins de interrupção de gravidez nos casos previstos em lei:

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

II - apoio diagnóstico e de farmácia hospitalar;

III - coleta e guarda de material genético; e

IV - notificação compulsória institucionalizada.

Art. 6º Os Serviços de Atenção Integral à Saúde de Crianças e Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Situação de Violência Sexual são compostos por estabelecimentos de saúde que oferecem condições técnicas, ambiência e equipe multidisciplinar adequadas para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, tais como unidades de atenção básica em saúde, serviços de urgências e emergências gerais, UPA 24h, ambulatórios de especialidades clínicas, hospitais gerais e pediátricos.

Parágrafo único. Compete aos estabelecimentos de saúde que compõem os Serviços de Atenção Integral à Saúde de Crianças e Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Situação de Violência Sexual realizar em favor de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual:

I - acolhimento;

II - atendimento;

III - notificação compulsória institucionalizada;

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

V - referência laboratorial para exames necessários;

VI - referência para coleta de vestígios de violência sexual; e

VII - referenciamento na rede do SUS para acompanhamento psicossocial e interface com estabelecimentos de referência definidos na região de saúde.

Art. 7º O Serviço de Atenção Integral para Homens em Situação de Violência Sexual é composto por estabelecimentos de saúde que oferecem condições técnicas, ambiência e equipe multidisciplinar adequadas para homens vítimas de violência de sexual, tais como unidades de atenção básica em saúde, serviços de urgências e emergências gerais, UPA 24h, ambulatórios de especialidades clínicas e hospitais gerais.

Parágrafo único. Compete aos estabelecimentos de saúde que compõem o Serviço de Atenção Integral para Homens em Situação de Violência Sexual realizar em favor de homens vítimas de violência sexual:

I - acolhimento;

II - atendimento clínico;

III - atendimento psicológico;

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

V - notificação compulsória institucionalizada;

VI - referência laboratorial para exames necessários;

VII - referência para coleta de vestígios de violência sexual; e

VIII - referenciamento na rede do SUS para acompanhamento psicossocial e interface com estabelecimentos de referência definidos na região de saúde.

Art. 8º O Serviço de Atenção Integral para Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual é composto por estabelecimentos de saúde que oferecem condições técnicas, ambiência e equipe multidisciplinar para prestar atenção integral e qualificada às pessoas idosas vítimas de violência sexual, tais como tais como unidades de atenção básica em saúde, serviços de urgências e emergências gerais, UPA 24h, rede psicossocial, ambulatórios de especialidades clínicas, hospitais gerais.

Parágrafo único. Compete aos estabelecimentos de saúde que compõem o Serviço de Atenção Integral para Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual realizar em favor de pessoas idosas vítimas de violência sexual:

I - acolhimento;

II - atendimento clínico;

III - atendimento psicossocial;

IV - notificação compulsória;

V - subsidiar informações para a rede intersetorial de serviços de saúde e assistência social de que trata a [Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003](#);

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

VII - referência laboratorial para exames necessários;

VIII - referência para coleta de vestígios de violência sexual; e

IX - referenciamento na rede do SUS para acompanhamento psicossocial e interface com estabelecimentos de referência definidos na região de saúde.

Art. 9º Compete às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem como aos hospitais federais do Ministério da Saúde:

I - adotar as providências necessárias para a organização do Serviço de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual;

II - orientar o cadastramento dos estabelecimentos de saúde de acordo com as classificações descritas no Anexo a esta Portaria;

III - estabelecer os fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de forma que o acesso seja ampliado e o atendimento adequado e humanizado;

IV - implementar ações e estratégias de apoio intersetorial ao enfrentamento da violência sexual, previstas nas normas, regras e diretrizes técnicas para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, anticoncepção de emergência, atenção humanizada ao aborto previsto em lei e protocolos em vigor, incluindo-se:

a) promover a qualificação periódica de equipes multiprofissionais para a ampliação de tecnologias e cuidados no Serviço de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual em regiões urbanas e rurais, do campo e da floresta de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde;

b) desenvolver mecanismos de supervisão, apoio técnico e tecnologias que favoreçam a expansão do número de estabelecimentos de saúde que compõem o Serviço de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual, de acordo com as potencialidades regionais e locais; e

c) implementar linhas de cuidado para a Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual, mediante a organização e a articulação de serviços e recursos públicos que garanta o acesso, o cuidado e os encaminhamentos necessários para a proteção e defesa de direitos; e

V - realizar o acompanhamento, o controle e a avaliação das ações e serviços para o fortalecimento das políticas de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em parceria com o Ministério da Saúde.

Art. 10. Os estabelecimentos de saúde que compõem o Serviço de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual constituem portas de entrada do SUS e funcionarão em regime integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia e nos 7 (sete) dias da semana, e sem interrupção da continuidade entre os turnos, sendo de competência do gestor local de saúde a regulação do acesso aos leitos em casos de internação.

§ 1º A composição das equipes no âmbito do Serviço de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual encontra-se descrita no Anexo a esta Portaria.

§ 2º Em caso de disponibilidade na rede de atenção à saúde ou na rede intersetorial local, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e os hospitais federais integrarão profissionais Psicólogos e Médicos Psiquiatras às equipes que atuam no Serviço de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual, acrescentando-os no cadastro do serviço junto ao Ministério da Saúde.

§ 3º Os equipamentos ginecológicos e outros materiais para anamnese, focos de luz, exames diagnósticos e laboratoriais, medicamentos e fichas de registro dos casos deverão estar sempre organizados e disponíveis para os profissionais em escala de atendimento.

§ 4º Os medicamentos necessários para cada fase do atendimento às vítimas de violência sexual e agravos decorrentes, tais como anticoncepção de emergência, antiretrovirais, vacinas e outros insumos, deverão estar organizados em dosagens de acordo com as prescrições médicas para cada faixa etária para dispensação aos usuários do SUS de acordo com as normas, regras e diretrizes técnicas e os Consensos Clínicos para Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/AIDS atualizados e em vigor.

§ 5º Os estabelecimentos de saúde que compõem o Serviço de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual assegurarão a continuidade do cuidado e do acompanhamento, incluindo-se a realização dos exames regulares de acordo com os protocolos clínicos em vigor.

§ 6º Os estabelecimentos de saúde que compõem o Serviço de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência

Sexual disporão de:

I - Módulo de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva); e

II - Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violências Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, disponível no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-Net).

§ 7º Os estabelecimentos de saúde que compõem o Serviço de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual deverão preencher e informar o procedimento específico de atendimento às vítimas de violência sexual em sistema de informação do SUS, nos termos de ato específico do Ministério da Saúde.

Art. 11. O monitoramento e a avaliação das portas de entrada e dos estabelecimentos de saúde no âmbito do Serviço de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual é de responsabilidade das respectivas Secretarias de Saúde e, no caso dos hospitais federais, do Ministério da Saúde.

§ 1º O monitoramento e a avaliação de que tratam o "caput" terão o acompanhamento técnico periódico do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/ SAS/MS).

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

Art. 12. As Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios manterão a atualização dos cadastros dos estabelecimentos de saúde no SCNES de acordo com a descrição do serviço, a organização e as orientações descritas nos termos desta Portaria, de forma a contribuir

diretamente para a organização da logística de insumos e posteriores apoios estruturais.

Art. 13. A Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS) adotará as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SGEP/MS) para atualização dos sistemas de informação que serão utilizados nos termos do disposto nesta Portaria.

Art. 14. O DAPES/SAS/MS prestará cooperação técnica e orientações para execução da Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual, além de tornar pública a relação de estabelecimentos de saúde que atenderão pessoas em situação de violência sexual no âmbito do SUS, de acordo com suas especificidades.

Art. 15. Fica incluído na Tabela de Serviços/Classificação do SCNES o Serviço Especializado 166 - SERVIÇO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL e suas classificações, nos termos do Anexo.

Art. 16. Esta Portaria entra em vigor da data de sua publicação, com efeitos operacionais a partir da competência seguinte à sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Anexo VI

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

Eu, _____,
brasileira, _____anos, portadora do documento de identificação tipo
_____, nº _____, declaro que no dia _____, do mês
_____do ano de _____às _____, no endereço
_____ (ou proximidades – indicar ponto
de referência) _____, bairro _____,
cidade _____, fui vítima de crime de violência
sexual, _____ nas _____ seguintes
circunstâncias: _____

Em caso de agressor(s) desconhecido(os)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por
_____homem(s) de aproximadamente _____anos, raça/cor
_____cabelos _____, trajando (calça,
camisa, camisetas, tênis e outros), outras informações (alcoolizado,
drogado, condutor do veículo/tipo _____ etc.). -

O crime foi presenciado por (se houver testemunha)

EM CASO DE AGRESSOR (A)(S) CONHECIDO (A)(S)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por (informação
opcional) _____, sendo
meu/minha _____ (indicar grau de parentesco ou
de relacionamento social e afetivo), com _____anos de idade e que
no momento do crime encontrava-se/ ou não (alcoolizado, drogado)

O crime foi presenciado por (se houver testemunha)

É o que tenho/ temos a relatar

Local e data: _____

Nome, identificação e assinatura

TESTEMUNHAS

Profissional de saúde

Nome, identificação e assinatura

Profissional de saúde

Nome, identificação e assinatura.

Anexo VII

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

PARECER TÉCNICO

Em face da análise dos resultados dos exames físico geral, ginecológico, de ultra-sonografia obstétrica e demais documentos anexados ao prontuário hospitalar nº _____ da paciente

_____,
documento tipo _____ nº _____; manifesta-se pela compatibilidade entre a idade gestacional e a da data da violência sexual alegada.

Local e data: _____

Médico

(assinatura e carimbo)

Anexo VIII

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO

Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Serviço de _____ do Hospital _____, avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada, pela usuária _____, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, registro hospitalar nº _____ com _____ semanas de gestação. Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com o artigo 128 do inciso II do Código Penal, sem a presença de indicadores de falsa alegação de crime sexual. Portanto, APROVA-SE, de acordo com a conclusão do Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente e/ou por seu representante legal.

Local e data _____

RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO

Equipe multiprofissional:

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

Anexo IX

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Por meio deste instrumento, eu _____, portadora do documento de identificação tipo _____ nº _____, ou legalmente representada por _____, portador (a) do documento de identificação tipo _____ nº _____, assumo a responsabilidade penal decorrente da prática dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto, previstos nos artigos 299 e 124 do Código Penal Brasileiro, caso as informações por mim prestadas ao serviço de atendimento às vítimas de violência sexual do Hospital _____ NÃO correspondam à legítima expressão da verdade.

Local e Data: _____

Nome, identificação e assinatura.

Anexo X

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Por meio deste instrumento eu, _____, documento de identificação tipo _____, nº _____ registro hospitalar nº _____ e/ou meu representante legal/responsável _____ documento de identificação tipo _____ nº _____, em conformidade com o Artigo 128, inciso II do Código Penal Brasileiro, exerço o direito de escolha pela interrupção da gestação de forma livre, consciente e informada.

Declaro que estou informada da possibilidade de manter a gestação até o seu término, sendo-me garantido os cuidados de pré-natal e parto, apropriados para a situação; e das alternativas após o nascimento, que incluem a escolha de permanecer com a criança e inseri-la na família, ou de proceder com os mecanismos legais de doação.

Declaro, estar esclarecida (os) dos procedimentos médicos que serão adotados durante a realização da intervenção (abortamento previsto em Lei), bem como dos desconfortos e riscos possíveis à saúde, as formas de assistência e acompanhamentos posteriores e os profissionais responsáveis

Declaro, que me é garantido o direito ao sigilo das informações prestadas, exceto em caso de requisição judicial .

Declaro, outrossim, que após convenientemente esclarecida pelos profissionais de saúde e ter entendido o que me foi explicado, solicito de forma livre e esclarecida a interrupção da gestação atual decorrente de violência sexual, e autorizo a equipe do Hospital _____ aos procedimentos necessários.

Local e data: _____

Nome, identificação e assinatura.

Testemunha

Nome, identificação e assinatura

Testemunha

Nome, identificação e assinatura

Apêndices

Apêndice I – Instrumento para coleta de dados de prontuários de pacientes internadas para realização de aborto legal

Apêndices IIa, b, c, - Termo de consentimento da unidade de saúde para uso de prontuário .



CARTA DE ANUÊNCIA
UNIDADE DE SAÚDE

O/A _____

[NOME DA UNIDADE DE SAÚDE EM QUE SE REALIZARÁ A PESQUISA]
da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à
realização do projeto de pesquisa intitulado:

_____, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a)

[NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL E INSTITUIÇÃO A QUAL É FILIADO

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua
responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-
participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações
éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar nesta
Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em
Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável
apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s)
unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer
momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____.

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

APÊNDICE II.b



CARTA DE ANUÊNCIA

SUBSECRETARIA/ SUPERINTENDÊNCIA

O/A _____

[NOME DA SUBSECRETARIA/ SUPERINTENDÊNCIA EM QUE SE REALIZARÁ A PESQUISA]

da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado:

_____, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a)

_____ .

[NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL E INSTITUIÇÃO A QUAL É FILIADO]

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar nesta Subsecretaria/ Superintendência mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe(s) de saúde onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Assinatura e carimbo do Gestor _____

APÊNDICE II.c



Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Eu, **(nome do pesquisador(a) / aluno(a))**, no intuito de realizar pesquisa científica em unidade(s) de ensino e/ou do sistema de saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, da **Instituição / curso e/ou departamento**, com projeto de pesquisa intitulado “ _____ ” e tendo como orientador(s) _____, declaro que: (i) Assumo compromisso com a utilização criteriosa, e restrita aos objetivos da pesquisa acima referida, de todos os dados contidos no **(nome do arquivo/banco de dados de acesso restrito)**; (ii) Os dados somente serão acessados após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP; (iii) Os dados coletados se destinarão à dar suporte aos objetivos da pesquisa **(Citar o objeto da pesquisa)**. Também me comprometo a manter total discrição e confidencialidade dos dados coletados nos **(arquivos/prontuários/banco)**, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem a **(descrever de forma geral)**, no período compreendido entre ___/___/___ a ___/___/___.

Declaro ser de minha inteira responsabilidade cuidar da integridade das informações e dados acessados e/ou coletados, garantindo, por todos os meios, a confidencialidade desses dados, bem como a privacidade dos indivíduos que terão suas informações disponibilizadas. Da mesma forma, me comprometo a não transferir os dados coletados, ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoa não envolvida na equipe da pesquisa.

Os compromissos ora assumidos são extensivos aos cuidados no manuseio, na guarda, na utilização e no descarte das informações acessadas e/ou coletadas, sendo reiterada a finalidade de seu uso unicamente para cumprimento dos objetivos indicados na pesquisa mencionada acima.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do pesquisador responsável