

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO ÀS  
MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM FLORIANÓPOLIS**

**JÂNIFER OTTO**

**FLORIANÓPOLIS**

**2009**

**JÂNIFER OTTO**

**A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO ÀS  
MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão Curso, apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Profa. Msc. **PATRÍCIA FREITAS SCHEMES  
ASSUMPCÃO**

**FLORIANÓPOLIS**

**2009**

JÂNIFER OTTO

**A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social**, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

BANCA EXAMINADORA:

---

Patrícia Freitas Schemes Assumpção  
Professora MSc. Departamento de Serviço Social

---

Valeria Cabral Carvalho  
Assistente Social

---

Maria Izabel da Silva  
Professora MSc. Departamento de Serviço Social

**Florianópolis, Março, 2009**

## **AGRADECIMENTOS**

Sintetizar em poucas palavras os agradecimentos referentes ao trajeto percorrido para que a conclusão deste trabalho fosse possível é uma tarefa difícil. Pois, este trabalho resume muito mais do que uma passagem pela Universidade Federal de Santa Catarina e em especial pelo curso de Serviço Social, sintetiza também uma importante etapa de formação de vida.

Agradeço primeiramente a minha família, por todo o apoio e compreensão dispensados a mim durante estes 23 anos de minha existência. A meu pai Anézio, meus irmãos: Alissom, Ulissis e Daniel, que até o último parágrafo deste trabalho contribuíram não me deixando desanimar. Em especial a minha mãe Nadir, a qual me deu o dom da vida e foi uma grande companheira nesta empreitada longe do seio da família. Agradeço a eles por esta conquista, que não seria possível sem seu apoio, conquista essa que pertence a todos nós. Valeu família OTTO, estaremos todos juntos na comemoração. Muito grata por todos os valores e princípios a mim ensinados os quais foram minha base para a conclusão desta etapa de minha vida.

Em memória de meu avô Antonio, pelo qual lamento imensamente não poder estar presente, nesta que creio eu seria uma imensa alegria, onde quer que esteja sempre me recordarei das palavras de conforto, em meu primeiro semestre em Florianópolis, palavras que me fortaleceram em meu período de adaptação. Obrigado, você sempre será um grande exemplo.

À Universidade Federal de Santa Catarina, por me proporcionar a possibilidade de estudar gratuitamente e com qualidade. Assim como, auxiliou em meu processo de aprendizagem me fornecendo bolsas e alguns auxílios financeiros por intermédio da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis-PRAE, auxílio este que não me deixou desistir nos momentos de dificuldade.

Ao Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, especialmente a Unidade da Maternidade, (Alojamento Conjunto, UTI Neonatal, Internação Ginecológica) onde pude realizar dois semestres de estágio, acumulando o estágio curricular não obrigatório e o obrigatório. A assistente social Viviane Bergler Fernandes, minha supervisora sempre presente nos momentos de dúvida. Aos demais funcionários e estagiários da unidade, especialmente a vocês, Cris, Paola e Lê pela maravilhosa relação que estabelecemos e pelos ótimos momentos de descontração. E aos funcionários do Alojamento Conjunto pelos momentos de convivência e aprendizado.

Ao Centro Sócio-Econômico e ao Departamento de Serviço Social, em especial aos mestres que cada qual com sua disciplina propiciaram um mar de informações e possibilidades que fazem parte de nossa formação profissional. A servidora Rosane, pelo carinho e paciência. Ao servidor Ralf por toda atenção e apoio dispensado durante minha formação.

Agradeço aos amigos, vários de todas as tribos. Cada um (a) contribuiu de uma forma diferente, seja dando apoio nos momentos de dificuldade com uma palavra confortante, seja propiciando momentos de descontração que muito me fortaleceram para enfrentar esses longos quatro anos e meio longe de minha família. Às meninas da pensão, em especial a Dona Lurdes, às meninas e meninos da faculdade, Marion, Sah, Magda, Graci e Vah; aos amigos de Major Gercino, e aos demais amigos conquistados em diversos espaços frequentados, galera do Ilhéu, em especial à Maria.

Às componentes do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Serviço Social e Relações de Gênero, assim como aos componentes da Rede de Atenção Integral as Vítimas de Violência Sexual em Florianópolis, espaços estes que me possibilitaram maior aproximação com a temática descrita neste trabalho, assim como me auxiliaram na delimitação dos objetivos deste trabalho.

Por último, mas, não menos importante gostaria de ressaltar aqui meus profundos agradecimentos a Mestre Patrícia Freitas Schemes Assumpção, minha querida orientadora. A qual assumiu comigo esta difícil empreitada de descrever e debater sobre esta temática tão pouco abordada na academia. Grata pelo carinho, atenção, compreensão e dedicação dispensada, para que a conclusão deste trabalho e do curso de Serviço Social fosse possível.

Creio que há, ainda, muitas pessoas, espero não estar sendo injusta por não mencioná-las aqui, no entanto ressalto que mesmo as não citadas, têm seu peso de importância neste processo. Agradeço a todos que de uma forma ou de outra viveu comigo estes momentos de crescimento.

## **RESUMO**

O presente trabalho apresenta um breve histórico da violência contra à mulher, assim como a evolução das legislações e políticas de atendimento desta demanda. O foco da discussão está centrado na violência sexual contra a mulher, na descrição da política de atenção desta temática na cidade de Florianópolis e na inserção do Serviço Social na intervenção de propiciar o acesso à interrupção legal de gestação seguida de estupro.

Em conjunto com a teoria apresentam-se os instrumentais utilizados pelo assistente social, assim como os parâmetros desejados com esta política de atendimento e algumas reflexões acerca da temática aqui tratada.

Uni termos: Violência Sexual contra a Mulher, Política Pública, Serviço Social.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1. CONHECENDO MELHOR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER .....	11
1.1 – Violência sexual contra a mulher .....	15
1.2 – A Política de atendimento, um árduo processo de construção .....	17
2. A POLÍTICA DE ATENDIMENTO AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL .....	24
2.1 – A implantação no município de Florianópolis .....	26
2.2 – O abortamento pós-estupro, objeto de intervenção do Serviço Social .....	33
3. O SERVIÇO SOCIAL E A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER .....	39
3.1 A intervenção do Serviço Social na violência sexual junto ao Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual em Florianópolis .....	45
3.2 Os Instrumentos do Assistente Social na Atenção ao abortamento de gestação seguida de estupro .....	47
3.3 Parâmetros a serem alcançados com a execução desta Política .....	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	58
BIBLIOGRAFIA .....	65
ANEXOS .....	68

## INTRODUÇÃO

A violência é uma questão que sempre esteve presente nas relações humanas desde os primórdios de existência. Podendo ela se manifestar de diversas formas, podendo ser institucional, doméstica, trabalhista, sexual.

O presente trabalho reforça a compreensão da violência sexual como um problema de saúde pública de grande magnitude. E que por se tratar de uma questão que faz parte das interfaces da Questão Social é objeto de intervenção do Serviço Social, portanto deve ser estudada mais profundamente.

A opção em desenvolver este trabalho relacionado à intervenção do profissional de Serviço Social na atenção à violência sexual contra a mulher, foi delimitada no estágio realizado na Maternidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, em Florianópolis, por intermédio da observação dos atendimentos efetuados na instituição e por proposição da profissional que supervisionava o estágio. A mesma propiciou que fossem efetuadas participações nas reuniões mensais desenvolvidas pela Rede de Atenção Integral as Vítimas de Violência Sexual (RAIVSS), as quais contribuíram para o desenvolvimento do interesse e da aproximação com este tema.

Também no período de estágio houve participação nas reuniões do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Serviço Social e Relações de Gênero (NUSSERG), além de participações em seminários e debates aliados a leituras acerca das questões de gênero, forma pela qual houve maior aproximação com a discussão da violência contra a mulher e a delimitação que este trabalho seria desenvolvido sobre a intervenção do Serviço Social nesta temática.

Este trabalho conduz para uma reflexão sobre a temática da violência, relata a legislação atual para atendê-la e descreve a inserção do Serviço Social na política de atenção desta questão, detalhando como se dá à intervenção do assistente social no atendimento junto à violência contra a mulher, vislumbrando os aportes teórico-metodológicos e técnico-operativos, assim como as políticas públicas para a atenção a esta demanda oferecida em Florianópolis. Tratando-se esta intervenção mais especificamente, do procedimento de abortamento pós estupro e das demais atuações do profissional no atendimento da violência sexual contra a mulher. Tendo em vista uma



reflexão sobre o cumprimento dos direitos das usuárias deste serviço e dos possíveis entraves para um atendimento integral.

Para tratar, portanto, da temática da intervenção do Serviço Social nas políticas de atenção às mulheres vítimas de violência sexual, desenvolvemos este trabalho através de revisão bibliográfica levando em consideração a vivência tanto no campo de estágio obrigatório quanto das participações das reuniões da RAIVSS. Para a apresentação deste trabalho optamos por estruturá-lo em três seções.

Na primeira seção percorreu-se brevemente o caminho histórico do panorama das novas interfaces da violência contra a mulher, o contexto histórico onde ela tornou-se mais visível e passou a ser discutida como um problema público a ser enfrentado, assim como suas diversas formas de expressão. Aprofundando-se também no caminho percorrido pelas legislações até a adoção das atuais políticas de saúde para a atenção à violência sexual contra a mulher.

Observa-se aqui a particularidade da qual tratamos. Conforme citado anteriormente a violência contra a mulher esteve sempre presente no cotidiano. Esta realidade pode ser observada nos dados registrados através das fichas de atendimento da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Florianópolis (2008), nas quais em 2007 as vítimas de violência sexual atendidas pela Rede de Atenção Integral as Vítimas de Violência Sexual, foram majoritariamente de mulheres, totalizando cinquenta e dois casos de violência contra mulheres/adolescentes na faixa de 10 a 69 anos. Assim, nota-se a importância de debatermos e ressaltarmos esta temática, bem como a intervenção do Serviço Social no atendimento desta demanda e em especial sua inserção nesta política pública de atendimento as mulheres vítimas de violência sexual.

Na segunda seção discorre-se sobre a Normatização da atual Política Nacional de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, assim como, a descrição de todo o processo de desenvolvimento, implantação e a atual dinâmica da política de atendimento às vítimas de violência sexual na cidade de Florianópolis. Destaca-se como se dá este atendimento, que é viabilizado por uma sistematização, o Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual, e organizado pela atuação da Rede de Atenção Integral as Vítimas de Violência Sexual. Em específico abordamos o atendimento dispensado ao abortamento de gestação seguida de estupro, objeto direto da intervenção do assistente social em sua atuação na sistematização desta política.

Observou-se a importância de ressaltar a intervenção do Serviço Social sobre a questão do aborto, pois, esta é sempre desafiante, constitui-se um tema complexo, os debates são atuais e,

dificilmente chega-se a um consenso. E como afirma Moraes (1996, *apud* Lolatto, 2004), trata-se de “um direito cuja reivindicação nunca deixará de ser contestada”.

Na terceira seção registramos as análises efetuadas pelo Serviço Social, em torno da temática da violência contra a mulher e descreve-se como se dá o processo de intervenção realizado pela (o) assistente social no atendimento das vítimas de violência sexual que desejam abortar uma gestação fruto de estupro. Retrata-se esta intervenção profissional realizada nos serviços de saúde, principalmente hospitais e maternidades públicos. Profissionais que seguem o protocolo e viabilizam a efetivação deste direito previsto pelo código penal para as vítimas de violência sexual. Observam-se também quais os instrumentais utilizados pelos profissionais de Serviço Social, assim como os objetivos a serem alcançados nesta intervenção.

Por fim, têm-se as considerações finais com as contribuições que este trabalho buscou trazer, sugestões elaboradas a partir da realidade analisada e do referencial teórico estudado e discutidas neste trabalho.

## **1. CONHECENDO MELHOR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER:**

Relatos de violência são encontrados desde os primórdios da humanidade expressos das mais diversas formas. Historicamente as mulheres são alvo de múltiplas facetas da violência, retratada por Teles e Melo, (2003), como uma ação que em seu significado mais freqüente, quer dizer o uso da força física, psicológica ou intelectual para obrigar outra pessoa a fazer algo que não esta com vontade; é constranger, é tolher a liberdade, é incomodar, é impedir a outra pessoa de manifestar seu desejo e sua vontade, sob pena de viver gravemente ameaçada ou até mesmo ser espancada, lesionada ou morta. É um meio de coagir, de submeter outrem ao seu domínio, é uma violação dos direitos essenciais do ser humano.

A violência pode ser diferenciada de acordo com o agente que a exerce, como: violência policial, institucional, social, econômica, política, estatal, entre outros, ou conforme população atingida, como a violência étnico-racial, ou Violência de Gênero, bem como pode se ter presente o espaço em que ocorre como a violência escolar ou doméstica. Pode ser identificada também como violência doméstica, violência contra a mulher, violência intrafamiliar, Violência Sexual, abuso sexual, violência conjugal, violência sexista, assédio sexual ou moral, violência psicológica, violência interpessoal e violência patrimonial.

Com relação à violência de gênero, esta não possui uma característica específica para se manifestar, pode ser observada em todas as idades, classes sociais, etnias, religiões ou orientação sexual. Pode ocorrer em qualquer âmbito: no trabalho (desigualdade salarial, assédio sexual), no namoro ou no casamento (agressão física, ameaça, calúnia, estupro), na participação social (a coisificação da mulher através da exploração do corpo pela mídia, o atendimento não humanizado na atenção pública, a relação sexual não autorizada) entre outros.

Saffioti, (2004 p.17) complementa descrevendo a violência como “a ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral”. A violência contra a mulher pode ocorrer em qualquer espaço não “escolhe” um local determinado para ocorrer, ele pode ser público ou fazer parte do mundo privado.

Como pretendemos adiante aprofundar e analisar as atuais políticas de atendimento às vítimas de violência acreditamos ser importante, previamente, compreender mais profundamente este histórico de violência contra a mulher e quais as dimensões e características desta forma de violência.

O que se observa é que desde o século IV a C., em Atenas a mulher já sofria violência, segundo Alves e Pitangy, (1991, *apud* Lolatto, 2001, p. 11), “somente seria livre a pessoa que fosse homem, não poderia ser estrangeiro, escravo ou mulher. Na Grécia, o homem livre desvalorizava toda forma de trabalho executado por escravos e mulheres, sendo que elas ocupavam posições equivalentes a de escravos”, cabendo a mulher a função e obrigação da reprodução da espécie, o cuidado com os filhos e os trabalhos relacionados à subsistência do homem (fição, tecelagem, alimentação, etc.). As atividades nobres e intelectuais (filosofia, política, artes) ficavam somente ao encargo dos homens, resultando num espaço de convivência onde as mulheres permaneciam reclusas em suas casas com seus submissos afazeres e os homens possuíam o direito de pensar, dirigir o estado e criar através das artes.

Mais a frente nota-se a forte presença e influência da Igreja Católica Apostólica Romana na história da violência contra as mulheres. Alves e Pitanguy (1991, *apud* Lolatto, 2001), retratam o advento da Inquisição:

[...] na “caça as bruxas”, houve um verdadeiro genocídio contra o sexo feminino nas Américas e na Europa. Obviamente que a Santa Inquisição não recaiu tão somente sobre as mulheres, mas perseguiu e queimou muitos hebreus considerados hereges. É lamentável que somente essa perseguição tenha sido registrada pela história e repassada nos sistemas educacionais. Para conseguir-se alguns dados sobre o que ocorria com as mulheres, tem-se que recorrer às poucas fontes existentes ou aos fatos bastante escabrosos que se tornaram públicos. Para levantar-se exemplos: há referências de que a cidade de Genebra, anos de 1515, em apenas 3 meses, 500 mulheres foram jogadas na fogueira; na Alemanha foram queimadas 600 em uma só vez, em Wurtzburgo, 900. A busca de bibliografias e/ou resgate de dados históricos desse tempo se apresenta de forma difícil, pois as mulheres foram invisíveis e relegadas da história oficial.

A violência contra a mulher também pode ser observada através da teoria, doutrina, política, dos contratos e da cultura. Ressalta-se aqui o Patriarcado, definido por Hartmann (1979, *apud* Saffioti, 2004), como “um pacto masculino para garantir a opressão de mulheres”. Pateman (1993, *apud* Saffioti, 2004) complementa refletindo que a dominação dos homens sobre as mulheres e o direito masculino de acesso sexual regular a elas estão em questão na formulação do pacto original. O contrato social é uma história de liberdade; contrato sexual é uma história de sujeição. Este tipo de regime é descrito por Saffioti (2004), como uma realidade onde as mulheres são objeto de satisfação sexual dos homens, reprodutoras de herdeiros, de força de trabalho e de

novas reprodutoras. Diferentemente dos homens como categoria social, a sujeição das mulheres, também como grupo, envolve prestação de serviços sociais a seus dominadores.

Seguindo o reflexo dos conceitos do patriarcado, que reside no controle da sexualidade feminina, a fim de assegurar a fidelidade da esposa a seu marido, diversas formas de violência contra as mulheres foram e vem sendo cometidas até os dias de hoje, com a especificação de serem realizados rituais que dizem respeito a especificidades culturais. Isso vem ocorrendo em certas práticas comuns em cerca de 30 países na África e da Ásia, denominadas de mutilações genitais, realizadas na mulher ainda na infância, visando cada uma a seu modo, a diminuir o prazer proporcionado pelo sexo e tornar a relação sexual um verdadeiro suplício. Em alguns casos podem chegar a feminicídios da esposa para se casar novamente e ganhar um novo dote.

A esfera do trabalho também se tornou palco de expressões da violência contra a mulher. Primeiramente pelo fato do sexo feminino ter sido discriminado, recebendo menor pagamento e sendo super-exploradas. A desvalorização do trabalho da mulher foi ponto fundante do objetivo de mantê-las dentro de casa. Esta realidade doméstica acabou acarretando em dupla jornada. Também há registros de que na esfera de trabalho diversas mulheres foram vítimas de violência sexual por seus empregadores, assim como atualmente queixas de assédio sexual são registradas regularmente por mulheres trabalhadoras. Segundo Saffioti (1987, *apud* Lolatto 2000), os motivos para os dominadores quererem sempre perpetuar as diferenças e discriminações na sociedade é o fato de que quanto mais discriminada uma categoria social, tanto mais facilmente ela se sujeitará a trabalhar em más condições e por baixos salários.

Com o passar dos tempos a humanidade desenvolveu estudos sobre sua realidade social. As relações entre homens e mulheres também foram alvo de estudos, assim como a observação dos reflexos desta relação de desigualdades e as formas de violência contra a mulher foram registradas, conceituadas e principalmente debatidas para que houvesse seu combate.

Uma das primeiras definições da violência foi expedida no Primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde:

O uso intencional da 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 de liberdade. (OMS, 2002).

Teles & Melo, (2003), registram a evolução dos estudos sobre a violência contra a mulher, entendendo a violência de gênero como a violência contra a mulher, expressão trazida à

tona pelo movimento feminista nos anos 1970, por ser esta o alvo principal da violência de gênero. A expressão “violência contra a mulher” foi assim concebida por ser praticada contra pessoas de sexo feminino, apenas e simplesmente por sua condição de mulher. Essa expressão significa a intimidação da mulher pelo homem, que desempenha o papel de seu agressor, seu dominador e seu disciplinador.

A violência contra a mulher é referida de diversas formas desde a década de 1950. Designada como violência intrafamiliar na metade do século XX, vinte anos depois passa a ser referida como violência contra a mulher. Nos anos 1980 foi denominada como violência doméstica e, na década de 1990 os estudos passam a tratar essas relações de poder, em que a mulher em qualquer faixa etária é submetida e subjugada, como violência de gênero. Esta apresenta um conceito amplo e preciso, ou seja, considera que as relações entre mulheres e homens tem foram historicamente desiguais causando a subordinação da população feminina aos ditames masculinos que impõem normas de conduta às mulheres e as devidas correções ao descumprimento dessas regras, muitas vezes sutis e perversas, embutidas nesse relacionamento. Isto explica porque a violência de gênero é também conhecida como violência contra a mulher, ou doméstica e sexual.

Desta forma, conforme Lisboa (2003, *apud* Lolatto, 2004, p. 22), a categoria *gênero* “põe em crise legitimidade do mundo patriarcal”, exigindo uma nova concepção de mundo, de valores e modos de vida. Segundo a autora,

A categoria gênero é uma categoria relacional que busca explicar a construção de um tipo de diferença entre os seres humanos e não pode ser reduzida a mulher. Gênero mais que uma categoria, é uma teoria ampla que abrange hipóteses, interpretações, categorias e conhecimentos relativos ao conjunto de fenômenos históricos construídos em torno do sexo. (...) Assim, o gênero é uma construção simbólica e contém conjunto de atributos designados às pessoas a partir do sexo. O gênero está assentado no corpo histórico de cada pessoa. (LISBOA, 2003, *apud* LOLATTO, 2004, p. 19-20).

Scott (1995) complementa retratando o gênero como um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, apresentando-se também como uma forma primordial de dar significado as relações de poder.

Esta relação de poder que se reflete na violência contra a mulher é retratada por Saffioti:

O conceito de violência de gênero deve ser entendido como uma relação de poder e dominação do homem e de submissão da mulher. [...] Ele demonstra que os papéis impostos às mulheres e aos homens, consolidados ao longo da história e reforçados pelo

patriarcado e sua ideologia, induzem relações violentas entre os sexos e indica que a prática desse tipo de violência não é fruto da natureza, mas sim do processo de socialização das pessoas. [...] As relações violentas entre os sexos tratam-se da ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral. (SAFFIOTI, 2004, p.75)

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), a violência de gênero é um fenômeno sem fronteiras de classe social, crença, religião e raça e considerado como violação dos Direitos Humanos (Viena, 1993). Nos últimos 15 anos, os casos são remetidos à área da saúde pública, tanto pelas organizações de mulheres no Brasil, como por serviços de saúde, órgãos governamentais e organismos internacionais. Sendo observada como um problema de saúde pública, assim como um problema de segurança pública e social, é, sobretudo, um problema político-cultural que se sustenta nas opiniões e crenças a respeito de homens e mulheres e como devem relacionar-se entre si. Enquanto problema de saúde pública é observado a elevada incidência e as graves conseqüências para a saúde da mulher, tais como traumas físicos, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e outros problemas ginecológicos em longo prazo.

Neste trabalho nos deteremos no debate sobre a violência de gênero que rompe com a integridade sexual das mulheres, ou seja, a violência sexual contra a mulher.

### **1.1 – Violência sexual contra a mulher:**

Segundo Teles & Melo, (2003), a violência sexual é o termo empregado, sobretudo, para os casos de estupro e atentado violento ao pudor, cometidos dentro (em relação conjugal, no âmbito doméstico) e fora de casa. São atos de força em que a pessoa agressora obriga a outra a manter relação sexual (penetração oral, vaginal, retal) contra sua vontade. Empregam-se a manipulação, uso da força física, ameaças, chantagem, suborno, sendo as principais vítimas pessoas do sexo feminino, com a ocorrência de crianças ou adolescentes. No caso das crianças é utilizada a terminologia de abuso sexual.

A violência sexual afeta adolescentes e mulheres jovens, na maioria, sem condições de reação, por ser utilizada contra elas força física, armas brancas e de fogo, ameaças de espancamento e morte, que muitas vezes as inibe de realizar denúncias.

Drezett complementa afirmando que:

A violência sexual contra a mulher é uma questão histórica e cultural. Afeta crianças, adolescentes e mulheres adultas, independente de cor, religião, etnia, nacionalidade, opção sexual ou condição social. É uma causa freqüente de morbidade, atingindo principalmente mulheres e jovens em idade reprodutiva e provocando o aumento do número de atendimentos nos serviços de saúde. (DREZETT, 2000).

O Ministério da Saúde (2005) estima que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. As mulheres que sofrem violência física perpetrada por parceiros íntimos também estão sob risco de violência sexual. Pesquisas indicam que a violência física nos relacionamentos íntimos normalmente é acompanhada por abuso psicológico e, de um terço a mais da metade dos casos, por abuso sexual.

O Ministério da Saúde reforçou sua análise e a importância de combater a violência sexual calcado em uma política pública efetiva, ao publicar a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, a qual ressalta:

A violência sexual pode levar diretamente à gravidez indesejada ou a doenças sexualmente transmissíveis, entre elas, a infecção pelo HIV, influenciando sobre o uso de anticoncepcionais e sobre a adoção de práticas de autocuidado, assim como tem grande impacto sobre o estado psicológico da mulher. Em Uganda, em estudo recente sobre a transmissão do HIV, as mulheres que relataram terem sido forçadas a fazer sexo contra sua vontade nos anos anteriores apresentaram risco oito vezes maior de infecção. (BRASIL, 2005).

Conforme especificado anteriormente a violência sexual é o termo empregado, sobretudo, para os casos de estupro, atentado violento ao pudor, assédio sexual e abuso sexual no caso de crianças e adolescentes. Neste trabalho falaremos em especial do estupro e do atentado violento ao pudor, violência que pode resultar em uma gravidez indesejada, expressões da violência contra a mulher que são o objeto de atendimento da política analisada e temática que iremos nos aprofundar.

O atentado violento ao pudor, caracteriza-se por obrigar a vítima, com violência ou ameaça, a praticar atos sexuais (com exceção da relação vaginal) para sentir prazer sexual. Quando a vítima é obrigada pelo agressor a fazer sexo anal ou oral, tente encostar ou colocar objetos em qualquer parte íntima dessa pessoa, contra sua vontade. É distinguido do estupro pela legislação brasileira que o define como “ato de constranger alguém mediante violência ou grave



ameaça, praticar ou permitir que com ele e pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal” (art. 14 do Código Penal Brasileiro).

O estupro significa o ato de constranger alguém a ter relações sexuais, sem desejo e sem consentimento, mediante o uso da violência física, psicológica ou de graves ameaças, podendo ocorrer tanto na esfera privada como nos espaços públicos, e ser praticado por pessoa conhecida ou não da vítima. Ocorre dentro de um contexto violento e não de paixão ou com o objetivo de encontrar satisfação sexual. O que domina no ato de estupro é a força e o ódio. O agressor usa da sexualidade para manifestar sentimentos de poder e de vingança. Na realidade, não passa de um ato pseudo-sexual, uma conduta sexual baseada na agressão, na violência e no amplo domínio da vítima. A pretexto de fazer sexo, a pessoa agressora na verdade busca satisfazer necessidades não sexuais, que são o controle sobre o corpo e a mente da vítima. (TELES e MELO, 2003).

Complementam afirmando que:

Forma de agressão sexual que deprecia a condição humana, destrói a personalidade da vítima, ultraja os direitos humanos mais elementares, que é a integridade pessoal e o controle sobre seu próprio corpo. Ocorre toda vez que um homem obriga uma mulher a ter relação sexual, contra sua vontade, usando de violência ou ameaças. Consiste na relação sexual vaginal (penetração do pênis na vagina), por intermédio da violência física ou moral para obrigar a mulher a efetuar o ato. Definido pelo Código Penal Brasileiro como crime de ação privada contra os costumes no art. 213 Lei 8.069/90; 8.072/90 e 8.930/94.(TELES e MELO, 2003, p.43).

Segundo Prado, (1995, p.34), o estupro não acontece somente em ruas de subúrbio, mal iluminadas, pela violência de um “mascarado maníaco sexual”. Pelo contrário, a grande maioria deles, é praticado por conhecidos ou familiares das vítimas, que se aproveitam deste fato para chantagear seu silêncio.

Esta violência pode resultar em uma gravidez indesejada, a qual pode ser evitada ou interrompida por meio dos serviços de saúde. Este tipo de intervenção será aprofundada adiante.

## **1.2 – A Política de atendimento, um árduo processo de construção:**

Tendo em vista a ocorrência destas formas de violência contra a mulher foram elaboradas políticas e legislações que atendem aos direitos destas vítimas. Sabe-se que o aparato legal que se constituiu é fruto de um árduo e longo trajeto, retratado por Teles & Melo, 2003.

Em relação às legislações internacionais são diversos os documentos que marcaram a construção do sistema de proteção legislativa com propostas de resolução para os problemas relacionados à violência contra mulheres. Dentre eles podemos citar a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher realizada em 1979, tendo como resultante o CEDAW (Comitê de Monitoramento da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher), desenvolvido e adotado pelas Nações Unidas, o qual o Brasil faz parte desde 1985, apresentando relatórios atualizados de dois em dois anos e foi promulgada através do Decreto nº. 4.377, de 13-09-2002. Esta convenção classificou a discriminação como a “distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo, ou exercício pela mulher, independente do seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo” (CEDAW, 1979).

Outro ícone no que se refere às legislações é a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher, adotada pela Assembléia Geral da ONU em 1993, onde se reconheceu que esta violência era uma manifestação da histórica desigualdade de relações de poder entre mulheres e homens, nas quais as mulheres eram especialmente vulneráveis e que a violência contra a mulher era um obstáculo para o implemento da igualdade, desenvolvimento e paz.

Dando seguimento às discussões sobre a violência contra/direitos da mulher, ocorreu em 1993 em Viena a Conferência Mundial de Direitos Humanos, que resultou no reconhecimento dos direitos humanos como direitos das mulheres. Lê-se em seu item 18 que: “Os direitos humanos das mulheres e das meninas são inalienáveis e constituem parte integral e indivisível dos direitos universais”.

A Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento e População (CIPD) realizada no Cairo em 1994, reconheceu o papel primordial à saúde e aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, ultrapassando os objetivos puramente demográficos, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano.

A Organização dos Estados Americanos (OEA) em conjunto com a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Belém,1994), conhecida como Convenção de Belém do Pará reconheceu que a Violência contra a Mulher significa violação dos direitos humanos e fundamentais, limitando total ou parcialmente à mulher

o reconhecimento, gozo e exercícios desses mesmos direitos e liberdades, definindo em seu artigo 1º a violência como “(...) qualquer ação ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, (tanto no âmbito público como no privado)”. Esta Convenção destacou-se no âmbito das políticas para mulheres por tratar especificamente da violência contra a mulher.

Nos artigos dessa Convenção estão contempladas a necessidade de maior atenção a este tipo de violência, como por exemplo, em seu artigo 3º retrata que o direito a uma vida livre de violência é um direito fundamental das mulheres na esfera pública e privada; no artigo 4º estatui que a mulher esta protegida pelos demais direitos previstos em todos os instrumentos regionais e internacionais relativos aos direitos humanos, mencionando expressamente que se respeite sua vida, integridade física, mental e moral; no artigo 5º entende que a violência contra a mulher impede e anula o exercício dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais; no artigo 7º prevê que os Estados, ao ratificarem o Pacto, comprometem-se a adotar, por todos os meios apropriados, e sem demora, políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. (TELES e MELO, 2003).

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995), estabeleceu o compromisso dos Estados em implementar medidas e políticas públicas para mulheres. Reconheceu definitivamente os direitos da mulher como direitos humanos em sua Declaração e Plataforma de Ação. E em continuação aos objetivos da Conferência no Cairo 1994), define Saúde Reprodutiva como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de enfermidade ou doença, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos”.

Estes eventos e documentos nacionais e internacionais explicitaram reivindicações da sociedade por direitos à saúde, justiça e cidadania. Em especial no que se refere à violência, destaca-se a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará/ONU, da qual o Brasil é signatário, que traz como foco principal o reconhecimento de que a violência doméstica, sexual e/ou psicológica contra a mulher é uma violação dos direitos humanos.

Atualmente o Brasil possui legislações, políticas e normas que visam atender às mulheres vítimas de violência sexual, as quais são signatárias destas diversas manifestações mundiais.

Especificamente, no que diz respeito à legislação nacional para as mulheres vítimas de violência a Constituição Federal de 1988 é um marco político, pois no parágrafo 8º, artigo 226, prevê como “obrigação do Estado criar mecanismos para coibir a violência no âmbito da família”. Na Constituição também estão contidos os artigos que contemplam os direitos humanos das mulheres, colocando homens e mulheres como iguais em direitos e obrigações, assim como perante a lei, sem distinção e natureza, o que pode ser observado no artigo 5º, inciso I.

Observa-se também, enquanto garantia de direito, temos a legislação que garante o Planejamento Familiar o qual prevê: “fundado no princípio da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (art. 226, § 7º). A Lei n.º 9.263/96 o define como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, homem ou casal.

Segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), pautados na Constituição de 1988, consagra-se o direito à saúde como direito fundamental da pessoa humana; nessa concepção a saúde não deve ser encarada como se fosse um “setor”, ela é, o resultado de condições sociais e econômicas em que a promoção exige a implementação de ações e relações intersetoriais e que devem ser garantidas por políticas públicas. Os princípios doutrinários do SUS, segundo a Constituição Federal de 1988 e as Normas de Operacionais Básicas – NOB’s subseqüentes, são a Universalidade, a qual rege que todo cidadão tem direito ao atendimento e, para ter esse direito, basta ser cidadão (não necessita ter vínculo empregatício, ser criança ou idoso), ser uma pessoa e seu direito de cidadania à saúde deve ser garantido pelos governos municipal, estadual e federal; a Equidade compreendida como o atendimento desigual aos desiguais, ou seja, garante o atendimento ao cidadão em todos os serviços, em igualdade de condições, respeitando-se a necessidade de saúde de cada caso. O SUS não pode atender todos da mesma forma em todos os lugares – deve-se oferecer “mais” àqueles que mais precisam, buscando diminuir as desigualdades existentes; e a Integralidade que significa garantir o atendimento da pessoa como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, entendendo o indivíduo enquanto um ser social .

Consta na Norma para Abortamento Humanizado, publicada pelo Ministério da Saúde, que:

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, e a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida em Beijing em 1995, afirmam os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres como direitos humanos e recomendam aos Estados atenção de qualidade a todas as pessoas para que possam exercer tais direitos. O Estado brasileiro assumiu, desde então, compromissos com a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos que devem ser traduzidos em ações que possibilitem as mulheres e homens vivenciarem com plenitude e saúde a sua sexualidade, decidirem, livre e conscientemente, ter ou não ter filhos – o seu número e espaçamento entre eles; acessarem informações e os meios necessários à concretização de suas decisões reprodutivas, além de tratamento digno e de qualidade, quando dele necessitarem. (BRASIL, 2005 p. 5)

Seguindo esta lógica de atenção à violência sexual e doméstica o Estado brasileiro, por intermédio do Ministério da Saúde assumiu o compromisso com os direitos humanos das mulheres e com a garantia do exercício pleno de sua saúde física e mental por meio da formulação de políticas públicas de saúde que respondam a suas reais necessidades. Estas ações foram concretizadas através da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher desenvolvida pelo Ministério da Saúde e atualmente pautada em objetivos gerais e específicos:

Dentre os Objetivos Gerais encontramos:

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; Contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade femininas no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2004)

Dentre os 14 Objetivos Específicos, ressaltam-se as intenções de: 3. Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes e 4. Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

O cumprimento dos objetivos propostos pela Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, vem sendo buscado através de ações de ampliação e acessibilidade das mulheres e adolescentes aos serviços de saúde, estruturadas nas estratégias de capacitar e equipar os serviços a diagnosticar os casos de violência e promover a assistência adequada, e ampliar e desenvolver os serviços especializados ou de referência. Através do conhecimento técnico-científico aliado à sensibilidade dos profissionais de saúde para aplicação de práticas humanizadas. As propostas apresentadas consideraram a promoção da saúde, a ampliação do

acesso aos serviços, à humanização e a melhoria da qualidade da atenção, as condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação da população e no reconhecimento de direitos.

Nesse sentido, em 1999 o Ministério da Saúde, publicou a *Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, com o objetivo de contribuir para a qualificação dos profissionais de saúde, e, dessa forma, para o planejamento e a execução de ações que resultem na melhoria da qualidade da atenção à saúde da população que sofre esse tipo de agravo.

Segundo o Ministério da Saúde, 1999, esta Norma Técnica visa atender aos seguintes objetivos: a atualização das condutas e indicações para a valorização do acolhimento, das estratégias de adesão e consolidação da eficácia das abordagens, para que, mais e mais mulheres e pessoas em situação de violência encontrem resposta adequada dos profissionais e estabeleçam vínculos de confiança com os serviços. Com o acesso imediato aos cuidados de saúde e a redução dos agravos decorrentes deste tipo de violência, como a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez indesejada.

A implementação desse atendimento nos estados e nos municípios brasileiros deve ser acompanhada de processo de discussão intersetorial que contribua para conferir maior visibilidade ao problema e que permita a implantação de estratégias mais amplas de combate à violência contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2005, p.11).

Observa-se nos dados do Ministério da Saúde que outras conquistas nacionais ou locais passaram pelo apoio do legislativo brasileiro no que se refere à aprovação de leis que reconhecem as situações de violência contra a mulher no país, das quais podemos citar a Lei n.º. 10.778/03 (BRASIL, 2003), que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, de casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados; e a Lei n.º 10.886/04 (BRASIL, 2004), que tipifica a violência doméstica no Código Penal Brasileiro e traz a definição jurídica do que é o crime de violência doméstica, bem como as penas previstas para o agressor.

Uma importante conquista para a população feminina foi o sancionamento da “Lei Maria da Penha<sup>1</sup>”, em 07/08/2006, sob o numero de Lei 11.340, a qual tem por objetivo criar

---

<sup>1</sup> A lei que garante o direito das mulheres contra a violência recebeu o nome de Maria da Penha Maia, em homenagem à biofarmacêutica que lutou durante 20 anos para ver o seu agressor condenado e virou símbolo contra a violência doméstica. Em 1983, ela recebeu um tiro nas costas do marido, e ficou paraplégica. Em 2001, após 18 anos, a Comissão Interamericana de

mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Esta Lei prevê no artigo 7º, inciso III:

A violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.(BRASIL, 2006).

Outras conquistas importantes na área da Saúde em 2005 foram às publicações das Normas Técnicas: “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, “Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual”, “Anticoncepção de Emergência” e “Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento”.

Esta última publicada pelo Ministério da Saúde em 2005, busca prestar atenção à população, visando garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres. Consiste num guia para apoiar profissionais e serviços de saúde e introduzir novas abordagens no acolhimento e na atenção, com vistas a estabelecer e a consolidar padrões culturais de atenção com base na necessidade das mulheres, buscando, assim, assegurar a saúde e a vida.

Essas Normas foram encaminhadas aos estados e municípios brasileiros, incluindo também a capital do Estado de Santa Catarina, a cidade de Florianópolis onde o processo de implantação dos serviços previstos pela *Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes* de 1999, resultou na formulação do Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual e na Rede de Atendimento Integral as Vítimas de Violência Sexual tema no qual nos deteremos na próxima sessão.

---

Direitos Humanos responsabilizou o Brasil por negligência e omissão em relação à violência doméstica. Somente em 2003, o ex-marido de Penha foi preso. A nova lei altera o Código Penal e permite que agressores sejam presos em flagrante ou tenham a prisão preventiva decretada, traz ainda uma série de medidas para proteger a mulher agredida, que está em situação de agressão ou corre risco de morte.

## **2. A POLÍTICA DE ATENDIMENTO AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL:**

A implementação das políticas de atendimento as pessoas vítimas de violência sexual, resultou de um movimento mundial de luta no qual diversos eventos culminaram em medidas efetivas, das quais diversos países, inclusive o Brasil aderiram.

Uma das medidas tomadas pelo Ministério da Saúde foi a publicação da *Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, em 1999, com o objetivo de contribuir para a qualificação dos profissionais de saúde, e, dessa forma, para o planejamento e a execução de ações que resultem na melhoria da qualidade da atenção à saúde da população que sofre esse tipo de agravo.

Dentre os objetivos que a Norma Técnica visa atender estão a atualização das condutas e indicações para a valorização do acolhimento, das estratégias de adesão e consolidação da eficácia das abordagens, para que, mais e mais mulheres e pessoas em situação de violência encontrem resposta adequada dos profissionais e estabeleçam vínculos de confiança com os serviços.

Esta publicação trouxe em seu conteúdo todas as orientações necessárias para a implantação e a organização da Atenção, Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra a Mulher e Adolescentes. Tal conteúdo definiu que esta política de atendimento oferecesse:

**Instalação e Área física**, definindo local específico, preferentemente fora do espaço físico do pronto-socorro ou triagem, no sentido de garantir a necessária privacidade dessas pessoas durante a entrevista e o exame. Essa medida é fundamental no processo de acolhimento, estabelecendo ambiente de confiança e de respeito e evita a criação de situações que favoreçam constrangimento ou estigma em relação a essas mulheres, como, por exemplo, a identificação nominal do setor ou da sala destinadas ao atendimento exclusivo de vítimas de estupro, este espaço físico correspondente a um consultório médico também é necessário para a avaliação clínica e ginecológica e para os procedimentos para o abortamento previsto por lei que devem ser realizados em local cirúrgico adequado; **Recursos Humanos**, definindo que o atendimento seja prestado por



equipe interdisciplinar e a composição de seus membros pode variar conforme a disponibilidade maior ou menor de recursos humanos, esta equipe de saúde deve ser composta por médicos (as), psicólogos (as), enfermeiros (as) e assistentes sociais. Todos devem cumprir seu papel específico no atendimento à mulher e devem estar sensibilizados para as questões de violência contra a mulher e violência de gênero, e capacitados para acolher e oferecer suporte às suas principais demandas, prevendo também Serviços de saúde de referência para casos de maior complexidade podem acrescer à equipe interdisciplinar especialistas em pediatria, infectologia, cirurgia, traumatologia, psiquiatria ou outras especialidades; **Equipamentos e Instrumental**, definindo que a unidade de saúde deve dispor de equipamentos e materiais permanentes, em condições adequadas de uso, que satisfaçam as necessidades do atendimento, que esteja equipada de tal modo a contar com autonomia e resolutividade, possuindo materiais e equipamentos necessários para a atenção são os mesmos que compõem a estrutura de uma sala de atendimento ambulatorial em ginecologia e obstetrícia, prevê também que equipamentos adicionais podem ser incluídos, sempre que possível, como o colposcópio, aparelho de ultra-sonografia e equipamento fotográfico para registro de eventuais lesões físicas e para oferecer os serviços de referência para o abortamento previsto por lei devem contar com material para aspiração uterina a vácuo (manual ou elétrica) ou material para dilatação e curetagem; **Registro de Dados**, definindo que os dados obtidos durante a entrevista, no exame físico e ginecológico, resultados de exames complementares e relatórios de procedimentos devem ser cuidadosamente registrados em prontuário médico de cada serviço, prevê a utilização de fichas específicas de atendimento e o cuidado com o prontuário médico para eventuais solicitações da Justiça; **Sensibilização e Capacitação**, definindo que o atendimento aos casos de violência sexual requer a sensibilização de todos os funcionários do serviço de saúde, propõe-se a realização de atividades que favoreçam a reflexão coletiva sobre o problema da violência sexual, sobre as dificuldades que crianças, adolescentes e mulheres enfrentam para denunciar esse tipo de crime, os direitos assegurados pelas leis brasileiras e o papel do setor saúde, em sua condição de co-responsável na garantia desses direitos, prevê que as equipes envolvidas diretamente na assistência devem receber capacitação para o atendimento de emergência e estabelecimento de medidas protetoras (anticoncepção de emergência e profilaxia das DST/HIV) e outros aspectos essenciais para o atendimento humanizado, respeitando-se seus direitos e atendendo suas necessidades, incluindo-se a decisão de interrupção da gravidez, onde os(as) médicos(as) devem ser capacitados para utilizar as diferentes técnicas recomendadas para a interrupção da gestação. (BRASIL, 2005).

A Norma citada anteriormente foi encaminhada aos estados e municípios brasileiros, os quais foram designados a desenvolver e implementar este serviço de atendimento às vítimas de violência sexual. Embasada nela foi formulada a política de atendimento as vítimas de violência sexual de Florianópolis, através do Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual e da Rede de Atendimento Integral as Vítimas de Violência Sexual em Florianópolis. Processo esse retratado a seguir.

## **2.1 – A implantação no município de Florianópolis:**

Através do estudo e da análise das atas, documentos e produções que registraram o processo de desenvolvimento e implantação do Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual em Florianópolis e das participações nas reuniões da Rede de Atenção Integral as Vítimas de Violência Sexual em Florianópolis (RAIVVS) no ano de 2007/2008, foi possível desenvolver um breve histórico deste processo de implantação.

Tendo como base a Norma Técnica, assim como seus objetivos e ações, a Prefeitura de Florianópolis, através da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria da Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social, reuniu profissionais das esferas municipal, estadual, federal e não governamental, representando as áreas da saúde, segurança pública, justiça e desenvolvimento social, a fim de formarem uma comissão para estudo e viabilização de tal serviço.

Esta comissão foi formada de acordo com a Norma Técnica, na qual predominava o interesse de que:

A implementação desse atendimento nos estados e nos municípios brasileiros deve ser acompanhada de processo de discussão intersetorial que contribua para conferir maior visibilidade ao problema e que permita a implantação de estratégias mais amplas de combate à violência contra mulheres e adolescentes .(BRASIL, 1999).

Segundo Schmickler,

Em Florianópolis, a *Norma* não foi simplesmente implantada, mas foi ampliada através do desencadeamento do seguinte processo: a *Comissão de Saúde* da Câmara de Vereadores recebeu este documento e entendeu que seria importante o município se organizar para fazer o atendimento preconizado pela *Norma*. Diante disso, no início de 2000, chamou o *Secretário de Saúde e Desenvolvimento Social da Prefeitura de Florianópolis* e, nesta sessão, este se comprometeu, assumindo o compromisso de implementar a *Norma*. Contudo, o Secretário não fez o trabalho isoladamente olhando somente para a área da saúde. Chamou profissionais de diferentes áreas das esferas

municipal, estadual, federal e não governamental, representando não só a área da saúde, mas também da segurança pública, da justiça e do desenvolvimento social, a fim de formarem uma Comissão para estudo e viabilização de tal serviço. Integraram tal Comissão profissionais da enfermagem, medicina legal, pediatria, serviço social, psicologia, direito assim como delegados de polícia e outros.(SCHMICKLER, 2008)

Nesse contexto, através dos estudos realizados, a Comissão avaliou ser necessária a reestruturação e ampliação dos serviços propostos pela *Norma* e os prestados até então em Florianópolis, bem como, a imperiosa necessidade de organizá-los em rede com vistas à melhoria da qualidade dos serviços e a formação de um Banco de Dados, onde a realidade do processo de vitimização sexual (notificada) no município pudesse ser quantificada visando medidas preventivas. (Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2002).

A Comissão considerou igualmente importante a ampliação da clientela a ser atendida na rede, ou seja, garantir, além do atendimento de mulheres e adolescentes, como prevê a norma técnica e incluir o atendimento de crianças, dos sexos masculino e feminino. Deste modo foram formadas subcomissões, divididas por competências, para redigir o que resultou na sistematização técnica denominada de "PROTOCOLO".

A partir de tal sistematização, a Secretaria Municipal de Saúde passou a mobilizar o governo estadual, assim como as demais instituições em nível estadual, federal e as organizações não governamentais, para que passassem a compor a REDE. Foram realizadas reuniões com profissionais das diversas instituições, com a finalidade de sistematizar a proposta. Este grupo formalizou o Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual, viabilizou a aquisição de medicamentos, efetuou a capacitação dos profissionais que comporiam a Rede e realizou nos dias 04 e 05 de agosto de 2000 o I Simpósio de Atenção às Vítimas de Violência Sexual nos Serviços Públicos de Florianópolis, no qual foi apresentado o processo de construção do Protocolo e culminou na assinatura do Termo de Adesão ao Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual no Município de Florianópolis (Anexo1) pelos representantes das instituições componentes da Rede de Atenção Integral as Vítimas de Violência Sexual em Florianópolis.

Na redação do termo constam os seguintes agravantes: ser a violência uma das principais causas de morbimortalidade, principalmente na população jovem e, sendo a violência sexual uma das faces da violência que atinge em especial as mulheres, com conseqüências drásticas sobre suas vidas; que o enfrentamento da violência sexual exige a efetiva integração de diferentes setores para a realização de um trabalho em rede; a necessidade de um trabalho integrado para conferir maior visibilidade ao problema de forma a permitir a implantação de

estratégias mais amplas de combate ao mesmo. (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2000).

Segundo Campos e Luiz, (2008):

Assinaram o Protocolo de Atenção as seguintes instituições: Secretaria Municipal da Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social, através dos Programas SOS - Criança e Acorde; Secretaria Municipal da Saúde, através do Programa Capital Criança, Programa Municipal de DST/HIV/AIDS e Núcleo de Atenção Psicossocial; Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina; Sociedade Catarinense de Pediatria; Universidade Federal de Santa Catarina, através do Hospital Universitário e dos Departamentos de Ensino; Secretaria de Estado da Segurança Pública, através do Departamento de Polícia Técnica e Científica - Instituto Médico Legal, Instituto de Análises Laboratoriais, Instituto de Criminalística, Delegacia de Proteção à Mulher, à Criança e ao Adolescente; Secretaria de Estado da Saúde, através da Diretoria de Vigilância Epidemiológica - Gerência de DST/Aids e Imunização, Programa de Saúde da Mulher, Maternidade Carmela Dutra, Hospital Infantil Joana de Gusmão e Hospital Nereu Ramos; Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania, através do Programa de Atendimento às Vítimas de Crime – PRÓ-CEVIC; Secretaria de Estado do Desenvolvimento Social e da Família.

Após o Simpósio, foi iniciado o treinamento das equipes, por instituições de saúde, uma vez que a implantação do PROTOCOLO implicava, não somente um processo de conscientização, mas também reordenamento das rotinas das instituições, com o preenchimento de uma nova ficha de atendimento, a prescrição de medicamentos, o deslocamento de policiais para as unidades hospitalares para registro do Boletim de Ocorrência, bem como do perito do Instituto Médico Legal-IML para exame de corpo de delito. Estes procedimentos foram sistematizados e entregues pela Comissão a todos os profissionais das instituições de saúde que compõe a Rede e viabilizam a execução do PROTOCOLO. Fazem parte deste material a Normatização do Atendimento de Saúde Imediato à Mulher Vítima de Violência Sexual; a Normatização do Atendimento de Saúde Imediato à Criança e ao Adolescente Vítimas de Violência Sexual; os Procedimentos de Coleta para Pesquisa de Espermatozóides, Fosfatase Ácida Prostática e Antígeno Prostático Específico (PSA); a Ficha de Atendimento à Vítima de Violência Sexual; o Termo de Encaminhamento; a Solicitação de Exames; a Ficha de Referência para a Requisição de Imunobiológicos Especiais; o Formulário de Solicitação de Medicamentos Anti-retrovirais; a Lista de Endereços para Encaminhamentos e, ainda os medicamentos, os instrumentos para coleta de material, enfim, tudo o que era necessário para fazer o trabalho em relação às vítimas de violência sexual.

As articulações para viabilização da Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual foram iniciadas em fevereiro de 2000 e em dezembro os serviços começaram a funcionar.

Segundo Schmickler, 2008, após um ano de funcionamento, a Comissão de Estudo e Implantação do PROTOCOLO tornou-se uma Comissão permanente para avaliação e viabilização do atendimento. Desde então realiza reuniões mensais e conta com a representação de todas as instituições que compõem a Rede. Encontros estes que objetivam, além de avaliar as ações propriamente ditas, estudar a casuística e propor correções, novas medidas no atendimento e a promoção de capacitações para as instituições e profissionais que a compõe e executam os atendimentos.

Compete à comissão: Submeter à proposta do Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual no Município de Florianópolis à apreciação dos órgãos, programas e entidades que direta ou indiretamente participarão da rede de atendimento; Reunir esforços para realização de um simpósio para apresentação pública do Protocolo, bem como sensibilização dos profissionais que prestarão serviços na rede; tornar-se uma comissão permanente para avaliação e viabilização do atendimento na rede.(PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2002).

Esta Rede de Atenção Integral às Vítimas da Violência Sexual (RAIVVS), foi pensada por profissionais de diversas instituições de Florianópolis, das áreas da saúde, segurança pública, justiça e desenvolvimento social para fornecer um atendimento integrado e de qualidade às vítimas de violência sexual, adultos ou crianças, homens ou mulheres. Para cumprir esse objetivo, criou o Protocolo de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual, que determina os procedimentos a serem tomados pelas instituições nas situações de atendimento à violência sexual.

A sistematização do atendimento às vítimas de violência sexual (O Protocolo) tem por objetivos: Divulgar os serviços da RAIVVS, afim de que as vítimas procurem, se em primeiro lugar, atendimento nos hospitais de referencia; Evitar que a vítima tenha que se deslocar a outras instituições, visto que pode realizar no próprio hospital, se desejar, a queixa policial e o exame de corpo de delito, evitando assim o processo de revitimização; Incentivar a denuncia das agressões sexuais e favorecer a coleta de provas para diminuir a impunidade dos agressores sexuais; Garantir atendimento integral a vítima nas áreas de saúde, segurança e apoio psicológico, jurídico e social; Promover a proteção das vítimas, principalmente em se tratando de crianças e adolescentes; Sistematizar um controle estatístico acerca dos casos de violência sexual atendidos,

a fim de formar diagnóstico e possibilitar estratégias de prevenção. (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2002).

Os serviços que devem ser disponibilizados às vítimas preconizam ações de prevenção, tratamento e encaminhamento de casos de violência sexual, dos quais faz parte a prevenção da gravidez pós-estupro, com prescrição da “anticoncepção de emergência<sup>2</sup>” que impede a gravidez em até 98% dos casos se a mulher procurar o serviço de saúde em até 72 horas após o estupro. A prevenção do vírus do HIV; a prevenção da hepatite B; a assistência psicológica; o atendimento clínico e ginecológico; as orientações para doação do recém-nascido quando a mulher tomar esta decisão; o encaminhamento das vítimas à delegacia e instituto de medicina legal sempre que receber relato de estupro ou outro tipo de violência sexual; o atendimento humanizado para a gestante que não aceita levar a gravidez adiante.

Segundo Campos e Luiz, 2008, esta Rede tem o propósito de proporcionar atendimento integral, ou seja, um atendimento centrado na pessoa, com todas as suas necessidades, e não centrado somente no agravo à sua saúde. O outro ponto fundamental deste Protocolo é evitar a revitimização, e pode-se dizer que há êxito, pois se tem conseguido atingir este objetivo fazendo com que o primeiro local de atendimento seja uma das unidades de saúde de referência, para onde são direcionados todos os cuidados que a vítima necessita.

Ao procurar o serviço de saúde capacitado para o atendimento da vítima a mesma deve ser acolhida de forma que não haja constrangimento, a vítima recebe cuidados especiais para profilaxia das DST e do HIV, hepatite B, faz prevenção da gravidez por estupro e tétano, é orientada quanto aos seus direitos e encaminhada para acompanhamento jurídico, psicossocial e ambulatorial. Aciona a Delegacia da Mulher, que comparece na unidade de saúde para colher o depoimento, no caso da vítima maior de idade querer formalizar a denúncia, registrando o Boletim de Ocorrência. Neste caso, a própria Delegacia aciona o Instituto Médico Legal, que também vem à unidade de saúde, para fazer o exame de corpo de delito e colher as provas da materialidade da violência, se existirem. Se a vítima, no momento, não desejar denunciar o agressor, o médico da unidade de saúde colhe as provas, utilizando-se de um *kit* fornecido pelo Instituto de Análises Laboratoriais e as encaminha para o mesmo Instituto, onde ficarão guardadas por seis meses, caso esta mulher queira apresentar a denúncia. Se for vítima menor de idade, obrigatoriamente a unidade de saúde de referência comunicará também o Conselho

---

<sup>2</sup> Este método tem mecanismos de ação semelhante aos demais anticoncepcionais hormonais e sua eficácia pós-coital se exerce em função da dosagem dos hormônios utilizados; a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

Tutelar, que tomará as medidas legais cabíveis ao caso, também é de responsabilidade do serviço de saúde o preenchimento completo e adequado da “Ficha de Atendimento a Vítima de Violência Sexual”, que deve ser encaminhada via fax ou entregue para a Secretaria Municipal de Saúde.

A RAIVVS conta com treze serviços que dispõem de profissionais das diferentes áreas de atenção, justamente o que a caracteriza como trabalho multidisciplinar, multiprofissional e interinstitucional. Os profissionais que atuam são: médicos, enfermeiros, psicólogos, delegados de polícia, advogados, assistentes sociais, químicos e técnicos em criminalística, etc.

A vítima de violência sexual poderá dar entrada em qualquer instituição das citadas acima. Observa-se aqui o quão é de fundamental importância que as demais instituições, bem como a sociedade em geral, estejam informadas sobre o atendimento em rede no Município, e efetuem o encaminhamento das vítimas às unidades de referência.

O PROTOCOLO em Florianópolis, que foi implantado em 2001, tem como unidades hospitalares de referência da Rede de Atendimento o Hospital Infantil Joana de Gusmão, que atende vítimas até 15 anos de idade; a Maternidade Carmela Dutra, que atende vítimas mulheres maiores de 15 anos; e o Hospital Universitário que, atende vítimas de qualquer sexo e idade e executa a interrupção legal de gestação.

Segundo a Prefeitura Municipal de Florianópolis (2002), além das Unidades de Referência responsáveis pelo atendimento médico, existem outras Unidades que fazem parte da Rede de Atendimento Integral de Vítimas de Violência Sexual em Florianópolis, as quais estão organizadas por área de atuação, compreendendo as Unidades de Segurança Pública, que são responsáveis pelos encaminhamentos legais para criminalização dos agressores (como registro da ocorrência, exame pelo médico legista, inquérito policial), são referência a 6ª Delegacia de Polícia (Delegacia da Mulher) e o Instituto Médico Legal – IML; As Unidades de Saúde Pública, que são responsáveis pelo atendimento de saúde, orientação para prevenção das DST/AIDS e gravidez, e acionamento da 6ª Delegacia de Polícia, são referência a Maternidade Carmela Dutra, o Hospital Infantil Joana de Gusmão, o Hospital Universitário e o Hospital Nereu Ramos; As Unidades de Apoio Psicossocial, que são responsáveis pelo atendimento psicológico, social e jurídico às vítimas (de todas as faixas etárias), são referência o Pró-CEVIC – Programa de Atendimento às Vítimas de Crime e o Departamento de Desenvolvimento Social da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis/Divisão da Criança: Atendimento psicológico e social às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e suas famílias. A Unidade de

Informação – Banco de Dados que é responsável pelo armazenamento e controle estatístico dos dados referentes aos atendimentos prestados na rede, é referência a Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis.

As Unidades de Referência em segurança, saúde e apoio psicossocial devem manter estrito relacionamento com vistas a efetuar encaminhamentos entre si, garantindo atendimento integral à vítima, assim como devem alimentar o banco de dados com informações dos atendimentos prestados, através de formulários padronizados. As Fichas de atendimento (Anexo 2), constantes nas Unidades de Saúde para o registro da ocorrência e armazenadas na Secretaria Municipal de Saúde.

Um dos objetivos desta Rede é “Tornar-se uma comissão permanente para avaliação e viabilização do atendimento na rede (Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2002)”. Isto se torna possível através do desenvolvimento e monitoramento do cumprimento do protocolo, o qual esta discriminado em um fluxograma (Anexo 3) que organiza e distribui o atendimento integral das vítimas de violência sexual de acordo com a faixa etária e o sexo. O fluxograma do protocolo inclui encaminhamentos legais para a criminalização dos agressores (registro de ocorrência, exame pelo médico legista, inquérito policial, de competência dos serviços de segurança pública, representados pela 6ª Delegacia de Polícia e o Instituto Médico Legal); atendimento médico e orientação para prevenção de AIDS/DSTs e a interrupção legal de gestação seguida de estupro.

Dentre os serviços oferecidos pela política de atendimento integral as vítimas de violência sexual em Florianópolis através deste Protocolo, o profissional do Serviço Social se insere na participação do procedimento de interrupção legal de gestação seguida de estupro.

A Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes publicada pelo Ministério da Saúde (1999) regularizou os procedimentos para o atendimento ao abortamento em gravidez por violência sexual, segundo a mesma a organização da atenção é um guia geral para este atendimento. O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesses casos e a mulher violentada sexualmente não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas, caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento. O (a) médico(a) e demais profissionais de saúde não devem temer possíveis conseqüências jurídicas, caso revele-se posteriormente que a gravidez não foi resultado de violência sexual, pois “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas



circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima” (Código Penal, art. 20, § 1º).

O direito de decidir sobre o aborto em caso de estupro ou de risco de vida da gestante esta previsto pelo Código Penal Brasileiro desde 1940, segundo o mesmo não é crime e não se pune o abortamento praticado por médico (a), se: Não há outro meio de salvar a vida da mulher (art. 128, I); e se 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). A jurisprudência brasileira tem autorizado a interrupção de gravidez nos casos de malformação fetal com inviabilidade de vida extra-uterina, com o consentimento da mulher. Em todos esses casos, o abortamento é um direito da mulher.

Para efetuar a interrupção legal de gestação fruto de violência sexual (estupro), a vítima, seguindo o fluxograma do protocolo, deverá procurar o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, localizado no Campus Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. O Hospital Universitário é o serviço de referência da Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual para a realização da interrupção legal da gestação.

## **2.2 – O abortamento pós-estupro, objeto de intervenção do Serviço Social:**

Abortamento é o termo empregado nos meios médicos. Consiste na perda de uma gravidez antes que o embrião e posterior o feto (até 8ª semana diz-se embrião, a partir da 9ª semana, feto) seja capaz de vida independente da mãe (Prado, 1995, p.11). Atualmente a obstetrícia, considera abortamento a perda ou interrupção da gestação até a 20ª semana de gestação e/ou o feto que pesar até 500g.

O Aborto é uma palavra de uso corrente. Discriminado pelo Dicionário Aurélio como:

1.Med. Ação ou efeito de abortar (1); abortamento, amblose, móvito; mau sucesso; 2.Jur. Interrupção dolosa da gravidez, com expulsão do feto ou sem ela; 3.Indivíduo disforme; monstro; 4.Monstruosidade, anormalidade, anomalia; 5.Insucesso, malogro; 6.Fig. Produção imperfeita, defeituosa.(FERREIRA, 2005, p. 37)

Oliveira (1995, *apud* Lolatto, 2004, p. 21), complementa com a seguinte afirmação: por *aborto* podemos compreender o “produto eliminado da cavidade uterina ou abortado e o termo *abortamento* refere-se ao processo que envolve a interrupção da gravidez propriamente dita”. Um

aborto é admitido, pela categoria médica, antes da 28ª semana da gestação - antes do feto estar suficientemente desenvolvido para sobreviver; a partir da 28ª semana, admite-se que o feto possui condições de vida.

Segundo Prado (1995, p.47) O aborto resultante de estupro também é chamado de aborto sentimental ou por indicação ética, aquele que pode ser justificado pelo estado de necessidade em face das conseqüências morais, familiares e sociais de um parto nessas condições. Trata-se de um abortamento que se realiza em conseqüência de um crime contra a mulher, praticado frequentemente contra menores por familiares, do qual resultam os graves problemas de incesto, além de outros praticados por criminosos, conhecidos ou desconhecidos da vítima.

No caso do abortamento de gravidez resultante de estupro, o Ministério da Saúde normatizou os procedimentos para o atendimento ao abortamento em gravidez por violência sexual, através da Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, que contempla a organização da atenção e um guia geral para este atendimento e que já foi mencionada anteriormente neste trabalho. Esta Norma especifica claramente que o Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nos casos em que a mulher foi violentada sexualmente, especifica também que a vítima não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia, mas que deve ser orientada a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas, caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento.

Com relação ao O(a) médico(a) e demais profissionais de saúde que participarem e viabilizarem este procedimento de interrupção de gestação, não há porquê temer possíveis conseqüências jurídicas, caso revele-se posteriormente que a gravidez não foi resultado de violência sexual, pois “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima” (Código Penal, art. 20, § 1º).

O Código Civil Brasileiro prevê que o consentimento da mulher é necessário para o abortamento em quaisquer circunstâncias, salvo em caso de eminente risco de vida, estando a mulher impossibilitada para expressar seu consentimento. De acordo com os arts. 3º, 4º, 5º, 1631, 1690, 1728 e 1767 do Código Civil. Especifica a diferenciação do consentimento de acordo com a idade da vítima: a partir dos 18 anos a mulher é capaz de consentir sozinha; a partir dos 16 e

antes dos 18 anos: a adolescente deve ser assistida pelos pais ou por seu representante legal; 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.

O Protocolo prevê que este procedimento poderá ser realizado em gestantes com idade gestacional até 11 semanas e 6 dias (da chegada da paciente ao serviço). Será realizado somente com autorização expressa da paciente que assinará consentimento (Anexo 4) informando e, em caso de adolescente este procedimento será autorizado pelos pais ou responsáveis legais. Se não foi feito o boletim de ocorrência anteriormente, é recomendado que se faça. Entretanto, se a vítima não quiser fazer o boletim de ocorrência, não há impedimentos para atender a sua solicitação.

O processo ocorre da seguinte forma: Primeiramente a paciente terá que procurar o profissional do Serviço Social da Maternidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, no horário de 13h00 as 18h00, de 2ª a 6ª feira (nunca nos finais de semana e feriados). Ao chegar à sala do Serviço Social será acolhida pela(o) profissional, (a)o qual lhe receberá, prestará os devidos esclarecimentos e orientações sobre o procedimento.

A vítima será submetida a uma entrevista onde irá relatar o fato, fazendo referência a data da violência, deverá ser informada que esta data será averiguada em seguida por exames obstétricos, e portanto, não deverá haver dúvidas sobre o dia do fato.

Em seguida preencherá sua Ficha de Atendimento de Emergência (Balcão de Emergência Adulto), caso a vítima já possua prontuário na instituição o mesmo deverá ser observado, para confirmação de a vítima foi atendida na instituição no dia da violência sexual, caso o mesmo não tenha ocorrido em nada afetará no processo, pois a vítima abrirá prontuário se necessário.

Lembramos também que não há necessidade da vítima apresentar Boletim de Ocorrência ou qualquer documentação para que a interrupção seja efetuada. Basta somente seu

relato e os exames obstétricos, onde a idade gestacional deverá bater com a data relatada pela paciente sobre o dia da violência.

Após o preenchimento da ficha de atendimento, deverá dirigir-se à Triagem Obstétrica, onde efetuará anamnese<sup>3</sup> realizada pelo ginecologista de plantão com o preenchimento dos papéis do kit de atendimento. Caso a vítima não possua exame de ultra-sonografia recente, deverá realizá-lo (será providenciado e agilizado dentro desta instituição).

Também fará entrevista, avaliação e parecer da enfermeira(o) da Triagem Obstétrica e entrevista, avaliação e parecer da psicologia.

Após toda a avaliação médica, psicológica e social será realizada uma reunião com estes quatro profissionais (Médico(a) Ginecologista, enfermeira(o), Psicóloga(o) e Assistente Social, os quais em uma análise multiprofissional analisarão os dados coletados na entrevista e avaliação, irão expor seu parecer e chegar a uma conclusão sobre o caso. Caso a conclusão da reunião seja positiva para efetuar o procedimento de abortamento será assinado o laudo de consentimento (Anexo 5).

Segundo o Ministério da Saúde (2001, p.17), deve-se evitar que toda a equipe faça as mesmas perguntas para a mulher, sendo necessário que um único prontuário seja utilizado até o final do atendimento. Aqui se ressalta a importância de uma entrevista bem realizada pelo profissional do Serviço Social que é quem faz o primeiro acolhimento/abordagem e que deve desenvolver um registro adequado dos dados coletados para que os demais profissionais façam o mínimo de perguntas possíveis e evitem que a usuária tenha que reviver um fato tão traumático.

O tempo decorrido entre o primeiro atendimento e a interrupção da gestação levará alguns dias, não ultrapassando data superior a sete dias, pois o Protocolo prevê que este procedimento poderá ser realizado em gestantes com idade gestacional até 11 semanas e seis dias (da chegada da paciente ao serviço) e a idade gestacional não deve ser muito grande. Sem esquecer que quão maior for a demora, mais a paciente sofre com a angústia e expectativa de que todo este pesadelo acabe de uma vez.

---

<sup>3</sup> A anamnese ginecológica tem como finalidade obter informações sobre a data do estupro o último período menstrual e se a mulher utilizou alguma medicação após o ocorrido. O exame ginecológico deve rastrear lesões na vulva e vagina e o exame de toque mensurar o volume uterino e tempo provável da gestação. Será submetida aos exames rotineiros (sorologias para sífilis, HIV, hepatite, tipagem sanguínea/fator Rh), a gestante será encaminhada a exame de ultrasonografia para diagnóstico de idade gestacional.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001:17)

Será realizado somente com autorização expressa da paciente que assinará consentimento informando e, em caso de adolescente este procedimento será autorizado pelos pais ou responsáveis legais.

Para realização do procedimento a paciente será orientada a vir às 08h00 horas da manhã, em jejum, no próximo dia útil (nunca em final de semana ou feriados), ou aguardar contato telefônico, onde será avisada sobre o dia em que deverá internar-se para o procedimento; no dia marcado é efetuado o Método de interrupção; será providenciada a Alta hospitalar o mais precoce possível.

Após o procedimento, a paciente deverá continuar recebendo orientação médica, psicológica e social, com este objetivo, o Serviço Social fará o encaminhamento para o ambulatório (o qual possui duas vagas semanais para pacientes vítimas de violência sexual) para orientações e acompanhamento.

O Ministério da Saúde prevê na publicação da Norma de Atenção Humanizada no Abortamento que,

Todos os profissionais de saúde devem promover a escuta privilegiada, evitando julgamentos, preconceitos e comentários desrespeitosos, com abordagem que respeite a autonomia das mulheres e seu poder de decisão, procurando estabelecer relação de confiança. Coloca como responsabilidade da equipe: Respeitar a fala da mulher, lembrando que nem tudo é dito verbalmente, auxiliando-a a contatar com os seus sentimentos e elaborar a experiência vivida, buscando a autoconfiança; Organizar o acesso da mulher, priorizando o atendimento de acordo com necessidades detectadas; Identificar e avaliar as necessidades e riscos dos agravos à saúde em cada caso, resolvendo-os, conforme a capacidade técnica do serviço, ou encaminhando-a para serviços de referência, grupos de mulheres e organizações não-governamentais (ONG) feministas; Dar encaminhamentos aos problemas apresentados pelas mulheres, oferecendo soluções possíveis e priorizando o seu bem-estar e comodidade; Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações; Realizar os procedimentos técnicos de forma humanizada e informando as mulheres sobre as intervenções necessárias. (BRASIL, 2005:19).

Sobre as competências e deveres dos Profissionais de Saúde Mental e Serviço Social, a Norma prevê que é necessário um atendimento humanizado para a usuária vítima de violência sexual onde se faz necessário,

Prestar apoio emocional imediato e encaminhar, quando necessário, para o atendimento continuado em médio prazo; Reforçar a importância da mulher, respeitando o estado emocional em que se encontra, adotando postura autocompreensiva, que busque a autoestima; Identificar as reações do grupo social (famílias, amigos, colegas) em que está envolvida; Perguntar sobre o contexto da relação em que se deu a gravidez e as possíveis repercussões do abortamento no relacionamento com o parceiro; Conversar sobre

gravidez, abortamento inseguro, menstruação, saúde reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos. (BRASIL, 2005:20)

Após o procedimento, a paciente deverá continuar recebendo orientação médica, psicológica e social, com este objetivo, será feito o encaminhamento para o ambulatório (o qual possui duas vagas semanais para pacientes vítimas de violência sexual) para orientações e acompanhamento.

A Intervenção do profissional de Serviço Social no atendimento desta delicada demanda, que inclui os procedimentos de acolhida, esclarecimentos, orientações, entrevista e parecer, será mais bem aprofundada e analisada na próxima sessão descrevendo especificamente a prática e a análise do Serviço Social sobre esta temática e sua inserção na política de atendimento.

### **3. O SERVIÇO SOCIAL E A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER:**

Observando a trajetória histórica do Serviço Social enquanto profissão nos deparamos com uma caminhada que acompanhou e protagonizou diversas conquistas no âmbito dos direitos sociais. Dentre elas podemos destacar as conquistas do movimento feminista, por intermédio da militância política. Em especial sobre a temática de gênero, observa-se que foi recentemente inserida na agenda de discussões da profissão a problemática da violência contra a mulher (Lisboa, 2005).

Lolatto, (2000, p. 64) retrata a trajetória histórica do Serviço Social, onde em meados dos anos 80, o Serviço Social passa a identificar a teoria marxista como aquela que possibilita, com a leitura da realidade, constituir uma nova forma de relação com as classes subalternas num contexto contemporâneo. Dessa maneira, na intervenção profissional junto aos usuários, com as situações cotidianas, a abordagem pautada na teoria marxista permite que o assistente social ultrapasse a visão funcionalista em que os indivíduos são vistos isolados uns dos outros – sem relações entre si e suas problemáticas como fatores subjacentes.

Com a associação dos indivíduos e suas problemáticas num contexto de totalidade, o Serviço Social passa a compreender as determinações culturais, sociais, econômicas e políticas que englobam tal situação, atuando nas problemáticas através de uma ação interventiva decorrente da teoria que fundamenta a prática. Assim observamos a atuação do assistente social na dinâmica da violência contra a mulher.

Para tanto se faz necessário examinar rapidamente o contexto teórico que rege estes estudos sobre esta complexa temática.

Segundo Lisboa (2005, p. 201),

O termo violência contra a mulher surge nos anos 70, através do movimento feminista, ao denunciar para a sociedade que as mulheres eram o alvo principal da violência praticada pelos homens. A violência contra a mulher tanto pode ocorrer dentro de casa como fora dela. Muitas vezes ela é praticada por pessoas não relacionadas à família, mas que mantém um certo poder sobre a mulher. A justificativa para os atos de violência estaria somente no fato de ser mulher, portanto um ser submisso que deve obediência ao homem.

A violência de gênero é uma expressão mais recente, deve ser entendida como uma relação de poder, caracterizada pela dominação do homem e pela submissão da mulher. Esses padrões de comportamento foram incutidos ao longo de um processo sociocultural e civilizatório, através de uma educação diferenciada para o homem e a mulher induzindo e fortalecendo papéis e estereótipos. Assim, a violência de gênero é produzida e reproduzida nas relações de poder e, quando a soberania masculina se sente ameaçada, a violência aparece como um mecanismo que tem poder de manter a ordem estabelecida.

Lisboa complementa, afirmando que a temática da violência de gênero, com seus diferentes desdobramentos – violência doméstica, violência contra a mulher, violência sexual, violência intrafamiliar e outras – tem sido definida como uma relação de poder e de permanente conflito. Para tanto se fez necessário seu reconhecimento enquanto um problema a ser enfrentado e atendido pelas políticas públicas. (LISBOA, 2005, p. 204)

Conforme abordado anteriormente a violência contra a mulher foi apontada pela ONU em 1993 como uma violação dos Direitos Humanos e como um problema de Saúde Pública, devido ao fato de ser uma das principais causas de doenças nas mulheres, assim como um dos principais entraves para o desenvolvimento dos países do mundo. Por este motivo a presença do Serviço Social nesta questão se fez necessária, uma vez que a violência de gênero foi identificada como um fenômeno social e deve ser enfrentada e trabalhada através de um conjunto de estratégias políticas de intervenção social e gestão de políticas públicas de atendimento.

Tendo em vista o reconhecimento da violência contra a mulher/violência de gênero e seus diversos desdobramentos como um problema de saúde pública, Lisboa (2005, p. 204) afirma que a violência contra a mulher tornou-se objeto de intervenção profissional do assistente social, como um desafio posto no cotidiano, sobre o qual ele deverá formular um conjunto de reflexões e de proposições para intervenção. Intervenção esta que demandará do assistente social atendimentos, encaminhamentos, orientações, informações, recursos e constante capacitação por parte dos profissionais.

Gama (2006, p. 89) retrata esta demanda nos sistemas públicos de saúde:

No que se refere às usuárias dos serviços, quando a demanda de atenção se inscreve no âmbito da saúde reprodutiva ou da sexualidade, se fazem presentes, ainda, os condicionantes de gênero a respeito desses temas se incluem a aproximação ao seu próprio corpo. Acompanham as mulheres suas negações, seus medos, suas incertezas, suas diferentes formas de subordinação, sua dupla moral sexual e suas vivências de violência física, psicológica ou sexual, dentro ou fora de casa. A isso, somam-se as dificuldades operacionais e financeiras da maioria das mulheres que procuram o sistema público de saúde.

No decorrer deste trabalho delimitamos que as relações violentas entre os sexos tratam-se da “ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral (Saffioti, 2004)”, com destaque e aprofundamento na ruptura da integridade sexual que as mulheres são vítimas.



Pois, sendo a violência contra mulher uma das interfaces da questão social, o assistente social é chamado a intervir nessa realidade. Enquanto profissão interventiva, possui uma função de grande relevância junto às mulheres que sofrem violência sexual, pois sua postura profissional busca sempre a compreensão da problemática com o olhar voltado para totalidade que envolve usuário.

Segundo Schmickler, (1998, p. 74) o Assistente Social que atua na prática cotidiana com questões que envolvem situações de violência, quer a que ocorre nas ruas, quer a que se manifesta no meio familiar, sabe o quanto é difícil, complexa e desafiadora uma intervenção nesta seara. O auxílio de referenciais teórico-metodológicos próprios muitas vezes não é suficiente para uma ação que permite uma compreensão da situação, uma explicação do fenômeno e uma atuação segura.

Observar e identificar as reais necessidades dos usuários de forma crítica e reconhecer a essência do problema exposto pelo mesmo é um desafio e busca constante do profissional de Serviço Social. No atendimento da violência é preciso que o profissional saiba identificar todas as necessidades desta paciente<sup>4</sup> que se encontra em um momento extremamente constrangedor e doloroso. Iamamoto (1997, *apud* Lolatto 2000, p. 63) reflete acerca desta atribuição do Assistente Social:

Uma das condições do exercício democrático, como já dizia Gramsci, é captar os reais interesses e necessidades das classes subalternas, sentir com ela as paixões para que se possa efetuar a crítica ao senso comum e da herança intelectual acumulada – papel da filosofia da práxis (...) é este o papel do intelectual: ‘devolver claramente às massas o que delas recebeu confusamente’. Supõe conhecimento crítico do universo cultural das classes subalternas, contribuindo para a ultrapassagem de seus elementos opacos, que vedam o descortinar dos horizontes coletivos.

Iamamoto, (1999) analisa esta perspectiva como sendo o grande desafio na atualidade, transitar da bagagem teórica acumulada ao enraizamento da profissão na realidade, atribuindo ao mesmo tempo, uma maior atenção às estratégias e técnicas do trabalho profissional, em função das particularidades dos temas que são objetos de estudo e ação do assistente social.

Faleiros complementa afirmando que,

Na atual conjuntura, os enfrentamentos de interesses, grupos e projetos, estão sendo vistos num processo complexo de relações de classe, gênero, raça, etnia, cultura,

---

<sup>4</sup> Lê-se usuário onde encontra-se no trabalho as referências a paciente, vítima e cliente.

religiões, parentescos, trazendo à discussão as mediações da subjetividade e que não se resumem tout court na noção de questão social. (FALEIROS, 1999, p. 40).

Sendo assim, trataremos da violência sexual e da interrupção legal de gestação seguida de estupro, pois é a intervenção do Serviço Social no atendimento das demandas específicas do Protocolo (sistematização da política de atendimento), bem como já anunciamos anteriormente.

Segundo Schmickler, A violência sexual é um fenômeno de múltiplas facetas,

[...] desocultá-lo, quebrar o muro do silêncio e propor ações substantivas para enfrentar uma realidade que muitos não querem ver é um compromisso dos que se sentem tocados, comprometidos e convocados a dar respostas. Mas, como trabalhar com este “fenômeno multifacetado que invade a área da saúde, a área jurídica, a psicológica, a social e pedagógica com demandas emergenciais, exigindo capacidade de escuta, “leitura” perspicaz e atenta, posturas, competências e providências inadiáveis?”. Entende-se ser de suma importância que os profissionais envolvidos com o atendimento desta demanda multifacetada, em especial o Assistente Social, tenham em vista as diferentes dimensões deste fenômeno, a sua dinâmica peculiar para que possam preconizar e observar a importância de um trabalho desempenhado em equipe com ênfase no atendimento das demandas apresentadas, e, além disto, traduzir tais demandas observadas e a atuação nas instancias de formulação de políticas públicas que auxiliem no cumprimento de forma definitiva e plena dos Direitos Humanos, principalmente referente ao direito a não violência contra a mulher e na ampliação das políticas públicas de atendimento desta demanda que é uma das interfaces da questão social e um dos objetos de intervenção do Serviço Social.(SCHMICKLER, 2001),

No caso da intervenção descrita por este trabalho o profissional de Serviço Social é chamado a intervir em um momento muito específico que é na interrupção de uma gestação fruto de uma violência sexual, ou seja, de um estupro. Este procedimento popularmente conhecido como aborto é uma temática que gera diversas opiniões e posicionamentos acerca de sua realização.

Sabe-se que são inúmeras as dificuldades das mulheres que, mesmo nos casos de abortos previstos em lei, procuram os serviços e conseguem realmente fazê-lo. Muitas vezes a burocracia se torna um grande entrave, pois a mulher necessita de um aparato de provas, e quando as consegue a gravidez já está num estágio muito avançado o que impossibilita a interrupção. É muito freqüente, a dúvida sobre um estupro ou não por parte dos profissionais da saúde; em muitos casos exige-se que a mulher apresente-se machucada, com marcas evidentes da violência sexual. Mas se tratando da interrupção da gestação, já se passaram dias, e até meses, o que para os profissionais se torna difícil acreditar, pois as marcas já desapareceram.

Para Moraes (1996, *apud* Lolatto, 2004, p. 34), o aborto deve ser defendido, nos espaços públicos, políticos e sociais, a partir de dois argumentos: o primeiro deles, (...) repousa na separação entre poder público (Estado) e Igrejas. Os argumentos de ordem teológica colocados pelas Igrejas servem para os seus seguidores, mas não podem afetar os direitos dos cidadãos, no caso o direito da mulher de decidir sobre a gravidez. Do ponto de vista da ciência laica, o feto é uma forma de vida não-autônoma e como tal não pode ser comparado ao bebê já nascido. O segundo argumento apresentado por Moraes relaciona-se com o fato de que o aborto ilegal é uma realidade e que, na verdade, trata-se muito mais de ser contra as nefastas conseqüências do aborto clandestino.

Lolatto descreve estas posturas divergentes acerca da temática do aborto:

No discurso anti-aborto, estão presentes as definições conservadoras dos papéis de gênero, da sexualidade, da reprodução, da família e dos problemas sociais; defende-se a preservação da moral sexual e familiar já estabelecidas. Para a proibição do aborto, o principal argumento é a defesa da “vida do feto”, que se torna superior aos direitos das mulheres. Por sua vez, nas retóricas pró-aborto, os defensores da descriminalização completa do aborto, fundamentam seu principal argumento na reivindicação do direito ao aborto como mais um dos direitos reprodutivos das mulheres e todos os outros argumentos perpassam esse entendimento.(LOLATTO, 2004, p. 57)

Em pesquisa realizada com assistentes sociais, Lolatto (2004) observa que mesmo dentro da categoria profissional do Serviço Social, alguns desafios são encontrados no momento de trabalhar com esta temática tão polemizada. Pois, as dificuldades encontradas pelas Assistentes Sociais entrevistadas frente à questão do aborto relacionam-se diretamente à necessidade, de um olhar amplo, sem discriminações. Em diversos momentos da pesquisa é observada a contradição do direito formal e do direito reivindicado em conjunto com a ética profissional e os valores individuais, a presença da moral e da religião, influenciam no atendimento às usuárias que chegam até a assistente social procurando informações ou caminhos para fazerem o aborto que afirmam necessitar.

Lolatto complementa afirmando que, o profissional do Serviço Social também possui valores, cresceu na mesma sociedade das mulheres que necessitam fazer o aborto, uma sociedade dividida em classes, onde brancos subjuguem negros, a homossexualidade é discriminada e homens mantêm a opressão sobre mulheres. Portanto as Assistentes Sociais tendencialmente carregam consigo a marca de uma construção histórica de sua identidade. Na formação da identidade individual estão presentes as normas e os deveres, que são determinados a partir da socialização, reproduzidos.

Observa-se aqui que tanto o usuário como o Assistente Social têm suas vivências influenciadas por questões culturais, econômicas, valores, formação da identidade, dentre outras, que compõe o ser humano. O Assistente Social também é um ser socialmente construído e, conseqüentemente, com orientações e opções ídeo-políticas, que estão permeando o seu fazer profissional.

Lolatto ressalta ainda que esta atitude não se restringe ao profissional do Serviço Social, mas também é observada na atitude da maioria dos profissionais médicos e enfermeiros, em realizar os abortos autorizados juridicamente. Isto nos leva a refletir acerca dos valores individuais, das discriminações dos profissionais e, principalmente a manutenção da opressão sobre as mulheres. De um lado estão a formação moral, os valores de cada profissional que, quando contrário ao aborto não executa o procedimento, mesmo aqueles abortos legalmente amparados e, ainda existem os médicos que não realizam o procedimento para manter a “boa imagem” e não serem “rotulados”. Ambas as atitudes estão permeadas de valores que foram sendo internalizadas pelo indivíduo durante toda formação de seu ser. Do outro lado está a mulher grávida, que conseguiu vencer várias etapas para chegar a um hospital com a autorização para fazer a interrupção daquela gestação não desejada.

Conforme se afirmou anteriormente esse direito não pode mais ser negado à mulher; o hospital deve dispor de profissionais que cumpram a autorização judicial e executem os procedimentos cirúrgicos para interromper a gravidez. Além disso, também deve existir a capacitação técnica adequada para o atendimento humanizado das mulheres que passam por esta situação, bem como dispor de todas as informações corretas e adequadas em relação à legislação.(Lolatto, 2004, p. 72).

O que buscamos ressaltar com este trabalho é a reflexão entorno da garantia do cumprimento dos direitos destas pacientes. Sendo propiciada esta garantia pelo assistente social no atendimento desta demanda complexa, uma vez que cada ser carrega suas vivências influenciadas por questões culturais, econômicas, valores, formação da identidade, a usuária possui seus direitos e é dever do profissional de Serviço Social garanti-los. Para tanto se faz necessário a aproximação com as legislações que legitimam o direito das mulheres vítimas de violência sexual realizarem a interrupção de uma gestação seguida de estupro e, portanto devem ser do conhecimento do Assistente Social para que possa garantir a sua viabilização.

### **3.1 A intervenção do Serviço Social na violência sexual junto ao Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual em Florianópolis:**

O assistente social enquanto trabalhador que tem como princípio profissional a viabilização de direitos, através das políticas públicas, deve possuir o conhecimento destas legislações e acima de tudo fazer valer o que prescreve o “Norte” de sua profissão, o Código de Ética, o qual se constitui como o eixo principal para as ações profissionais.

Lolatto destaca:

Desta forma, tendo como norte esse importante instrumento (o Código de Ética de 1993), comprometido com os valores ético-políticos emancipatórios, relacionados à conquista da liberdade em seu sentido ontológico, as ações do Assistente Social podem estar voltadas para a busca de alternativas viáveis frente às situações em que estão presentes a necessidade de garantir direitos, como a liberdade e o exercício da cidadania do usuário, sem perder de vista seu posicionamento ético frente ao Código de sua profissão. (LOLATTO, 2004, p. 15)

Observando os Princípios que regem o Código de Ética Profissional do Assistente Social e o objeto de intervenção discutido neste trabalho (a violência sexual contra a mulher e a interrupção legal de gestação), ressaltamos a necessidade de se dar total atenção aos seguintes princípios: a Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; o Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; o Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; a Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero; o Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional e o Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física.

Lisboa complementa afirmando que,

Igualmente o projeto ético-político da profissão tem orientado as bases teórico-metodológicas, na medida em que pretende despertar o profissional de Serviço Social para o seu compromisso com a população excluída, na perspectiva de tornar-se um

intelectual orgânico que atua na viabilização e no fortalecimento do saber e do poder popular no cotidiano. Em relação à temática da violência contra a mulher, o projeto ético-político convida os profissionais de Serviço Social a desempenhar seu papel, orientando, discutindo estratégias e encaminhando as mulheres para onde possam receber atendimento eficiente e ter os seus direitos garantidos. Chama-os, ainda, para lutar por políticas que venham ao encontro das necessidades básicas dessas mulheres, instigando-as a participarem de movimentos que visem ao fim da violência e à conquista dos seus direitos. Para tanto, é essencial que sejam aprofundados os conhecimentos teóricos sobre o objeto de intervenção da prática, para uma atuação competente e comprometida com este projeto ético-político. (LISBOA, 2005, p. 205).

Outros artigos do Código de Ética Profissional podem ser analisados como necessários para uma atuação completa junto a esta demanda. Em especial ao que se refere aos Direitos e das Responsabilidades Gerais do Assistente Social, que prevê no art. 3º, enquanto deveres do assistente social, desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor. E também nas Relações com as Instituições Empregadoras e outras, onde se ressalta no art. 8º, enquanto deveres do assistente social, empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais.

Observando esta base de explicação e interpretação do real, se faz necessário analisar o exercício profissional do assistente social junto a esta temática abordada. Ressaltando as estratégias de intervenção para o enfrentamento da realidade até aqui analisada.

O Serviço Social é uma profissão interventiva, socialmente construída, inserida na divisão sócio técnica do trabalho. O assistente social tem a tarefa de responder com competência as demandas sociais apresentadas no seu cotidiano profissional, pois a natureza interventiva da profissão exige dos profissionais a utilização de instrumentos e técnicas articulados com as dimensões teórica, ética e política.

Conforme explicitamos anteriormente a violência sexual contra a mulher é atendida pelo Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual em Florianópolis, que foi discutido e composto pela Rede de Atenção Integral as Vítimas de Violência Sexual de Florianópolis. No atendimento desta demanda efetuado pelo Protocolo, a intervenção do assistente social é requerida em uma única circunstância, bem como já observamos acima, que é no caso de interrupção de gestação seguida de estupro. Tal intervenção será acompanhada pelo profissional do Serviço Social desde a entrada da usuária na unidade de saúde até seu término.

Observa-se que para que esta intervenção ocorra, se faz necessária a presença do assistente social, o qual precisa estar preparado para efetuar este atendimento.

Segundo Lisboa (2005, p. 205), o cotidiano é o espaço que oferece as oportunidades, os desafios e os limites para a ação profissional. Conhecer os contornos, as potencialidades, as demandas e as respostas possíveis é condição primeira para um exercício profissional competente e comprometido com os usuários.

Para que este exercício profissional seja possível se faz necessário que o profissional de Serviço Social esteja pautado em seus instrumentos ou meios de trabalho, os quais são elementos fundamentais para a realização do processo de trabalho. Lisboa (2005) complementa afirmando que são eles que potencializam a ação do trabalhador sobre seu objeto de trabalho ou matéria prima (a violência sexual).

### **3.2 Os Instrumentos do Assistente Social na Atenção ao abortamento de gestação seguida de estupro:**

Para compreender e atender de forma integral e humanizada as vítimas de violência sugere-se um exame dos aportes teórico-metodológicos e técnico-operativos, assim como as políticas públicas para o atendimento desta questão.

Segundo Iamamoto (1999), é possível identificar três tipos de instrumentos presentes no processo de trabalho dos assistentes sociais: As bases teórico-metodológicas, que se constituem no conjunto de conhecimentos e possibilitam a aproximação e conhecimento do objeto; O instrumental técnico-operativo, que realiza efetivamente a transformação do objeto do Serviço Social, compondo-se de instrumentos como a entrevista, a observação, o estudo, o parecer social e os encaminhamentos, entre outros; e As condições institucionais, que dizem respeito, sobretudo, as condições materiais de realização do trabalho, ou seja, os recursos financeiros, técnicos e humanos.

Faremos uma rápida aproximação com os instrumentos do Serviço Social no atendimento das vítimas de violência sexual que buscam o atendimento do sistema de saúde para a interrupção de uma gestação indesejada por ser fruto de um estupro.

As bases teórico-metodológicas: Segundo Lisboa (2005), tem como objetivo proporcionar a base de explicação e interpretação do real, para que o assistente social possa propor estratégias de intervenção para o enfrentamento da realidade. Guerra complementa

enfatizando que todo o fazer profissional necessita estar amparado por uma teoria social que, geralmente, depende da escolha do assistente social,

[...] trata-se de uma escolha que requer o conhecimento dos fundamentos filosóficos e epistemológicos, da veiculação dessa teoria a um projeto de sociedade e, sobretudo, do sentido que ela possui para as forças políticas mais avançadas. E ainda o fazer a que nos referimos exige que o profissional detenha o domínio do método que lhe possa servir de guia ao conhecimento, conhecimento que lhe possibilitará estabelecer estratégias e táticas de intervenção profissional. (GUERRA, 1997, *apud* LISBOA 2005, p. 205).

Lisboa (2005) afirma que outra importante base teórica-metodológica é o Código de Ética da profissão, que também tem sido um marco orientador para a intervenção dos assistentes sociais, na medida em que se explicita a dimensão ético-política que almeja-se ser assumida pelos profissionais perante os usuários, através de onze princípios fundamentais.

Segundo Iamamoto,

Na Competência ético-política – o Assistente Social não é um profissional “neutro”. Sua prática se realiza no marco das relações de poder e de forças sociais da sociedade capitalista – relações essas que são contraditórias. Assim, é fundamental que o profissional tenha um posicionamento político frente às questões que aparecem na realidade social, para que possa ter clareza de qual é a direção social da sua prática. Isso implica em assumir valores ético-morais que sustentam a sua prática – valores esses que estão expressos no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais (Resolução CFAS nº. 273/93), e que assumem claramente uma postura profissional de articular sua intervenção aos interesses dos setores majoritários da sociedade.” (IAMAMOTO, 2004 *apud* SOUSA 2009, p. 121).

Outro importante instrumental é o técnico-operativo, presente no desenvolver da intervenção junto à violência sexual contra a mulher e especificamente na participação do assistente social no Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual em Florianópolis. Mais especificamente na viabilização do abortamento de gestação fruto de estupro, observando-se e descrevendo aqui, especificamente, os principais instrumentais técnico-operativos utilizados nesta intervenção profissional junto às mulheres que sofreram esta violência.

Primeiramente observa-se o quão importante se faz o instrumental do **Acolhimento/abordagem**, que de uma forma geral e popular, entende-se acolhimento como uma relação solidária, respeitosa, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo estabelecem com os diferentes tipos de usuários que a eles procuram.



O Ministério da Saúde descreve de diversas formas este instrumento que é muito presente na intervenção dos profissionais da saúde:

O acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção de qualidade e humanizada às mulheres em situação de abortamento. Acolher, segundo o dicionário Aurélio é: “dar acolhida a, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração”. Pode também ser definido como “receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela” (Paidéia, s/d). Acolhimento é o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolutividade da assistência. (BRASIL, 2005, p. 16).

Segundo Sarmiento, (2005, p. 32), A abordagem é o contato intencional de aproximação, através da qual criamos um espaço para o dialogo, para a troca de informações e/ou experiências, para tomada de conhecimento de um conjunto de particularidades necessárias à ação profissional e/ou o estabelecimento de novas relações. Permite a criação de um espaço para o conhecimento (e intervenção) desencadeando um processo de ação-reflexão (crítica) com a realidade entre os sujeitos envolvidos.

Outro instrumental técnico-operativo é a **Orientação/informação**: A informação é fundamental para que se faça valerem direitos e se avance na efetivação de políticas públicas que venham a colaborar para a superação das dificuldades enfrentadas pelas mulheres que sofrem violência.

A norma de Atenção Humanizada ao Abortamento publicada pelo Ministério da Saúde descreve este instrumental da seguinte forma:

A orientação pressupõe o repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É muito importante que o profissional certifique-se de que cada dúvida e preocupação das mulheres sejam devidamente esclarecidas para garantir uma decisão informada. A ação de orientar deverá promover a autodeterminação, segundo o princípio ético da autonomia. (BRASIL, 2005, p. 16).

Sarmiento, (2005, p. 29), complementa afirmando que, informar não é, e não pode ser simplesmente o ato de relatar ou descrever fatos e dados, mas do que isso é relacionar e interpretar diversos fatos, buscando a compreensão dos fenômenos. Que no âmbito do uso da linguagem realiza-se através de alguns mecanismos como nivelção (valor nos detalhes); acentuação (colocar em relevância os dados mais importantes); assimilação (reordenamento de

dados já apresentados); sentido (explicar sem deformar) e; terminologia (técnica, institucional, popular).

Enquanto legislação profissional observa-se que o Código de Ética do Serviço Social prevê sobre as Relações com os Usuários, no art. 5º, enquanto deveres do assistente social nas suas relações com os usuários: garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e conseqüências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos profissionais, resguardados os princípios deste Código.

Outro importante instrumental utilizado pela (o) assistente social no atendimento da gestante vítima de violência sexual é a **Entrevista**.

A entrevista nada mais é do que um diálogo, um processo de comunicação direta entre o Assistente Social e um usuário (entrevista individual), ou mais de um (entrevista grupal). Contudo, o que diferencia a entrevista de um diálogo comum é o fato de existir um entrevistador e um entrevistado, isto é, o Assistente Social ocupa um papel diferente – e, sob determinado ponto de vista, desigual – do papel do usuário.

O papel do profissional entrevistador é dado pela instituição que o contrata – no momento da interação com o usuário, o Assistente Social fala em nome da instituição. Ambos os sujeitos (Assistente Social e usuário) possuem objetivos com a realização da entrevista – objetivos esses necessariamente diferentes. Mas o papel de entrevistador que cabe ao Assistente Social coloca-lhe a tarefa de conduzir o diálogo, de direcionar para os objetivos que se pretendem alcançar. (SOUSA, 2009, p. 126)

Sarmiento (2005, p. 33-35), afirma que a entrevista ao longo da prática profissional tem sido concebida como um contato pessoal, de caráter confidencial, entre assistente social e cliente, envolvendo uma relação íntima e sutil. Sendo também um dos mais importantes instrumentos dentro desta concepção, pois é através dela que se estuda o cliente em seus problemas e ainda, se aplica no tratamento social. É um ato de conhecer numa perspectiva crítico-dialética, dá-se através do diálogo.

Lisboa (2005) retrata o uso deste instrumental no atendimento das vítimas de violência da seguinte forma:

A entrevista com o profissional de Serviço Social é geralmente a primeira conversa realizada com a mulher que, quando chega à Instituição ainda esta sob efeitos da agressão ou violência sofrida. É também chamada de abordagem individual, e possibilita a escuta social e o acolhimento da mulher. A entrevista se desenrola num processo de escuta da queixa apresentada e do motivo que a levou a procurar o serviço. Neste momento, as mulheres expõem suas preocupações, queixas, desejos, necessidades. No processo de entrevista é importante ouvir e observar. A observação permite, ao olhar

com atenção, perceber as reações, os sentimentos expressos pela usuária, suas relações, o ambiente onde esta inserida. É o momento de articular o maior número possível de informações sobre a situação apresentada, possibilita fazer a tipificação da violência e do diagnóstico da situação. O assistente social deve primar pela escuta sem julgamentos, pela compreensão e reflexão em relação aos encaminhamentos, sempre numa atitude de respeito à pessoa usuária. A partir deste primeiro encontro, outras entrevistas podem ser realizadas, na própria Instituição ou no domicílio da mulher agredida. (LISBOA, 2005, p. 206).

Como resultado deste procedimento onde o profissional de Serviço Social faz uso do instrumental da entrevista, observa-se a necessidade de outra habilidade, já que as informações coletadas com a paciente deverão ser registradas através da escrita.

Enquanto a comunicação direta, como o próprio nome diz, permite uma intervenção direta junto ao interlocutor, à comunicação escrita possibilita que outros agentes tenham acesso ao trabalho que foi desenvolvido pelo Assistente Social. Sendo assim, os instrumentos de trabalho por escrito, não raramente, implicam que outros profissionais e/ou outras instituições desenvolverão ações interventivas a partir da intervenção do Assistente Social. Por isso a necessidade do texto estar bem escrito, claro e coerente, para que não haja dúvidas quanto à mensagem que o Assistente Social quer emitir. (SOUSA, 2009, p. 129)

Em uma de suas produções, Sarmiento (2005, p. 29), afirma que a habilidade da escrita quando da elaboração de relatos, relatórios, documentos, diários de campo, etc., além das dificuldades que já se tornaram comum na língua portuguesa, é fundamental que no momento em que se vai elaborar algo escrito esteja dando um sentido e direção claros ao que se escreve conforme os objetivos estipulados.

Essa habilidade se faz necessária e presente na intervenção do Serviço Social para a elaboração dos registros da intervenção, neste caso em particular, para os registros a serem efetuados no prontuário da paciente e na emissão do parecer social desta demanda atendida pela (o) profissional.

Segundo Lisboa, a elaboração de relatórios é de fundamental importância. Os relatórios são a história familiar de cada uma das pessoas atendidas, de cada uma das mulheres. Ali se desencadeia toda a trama de situação vulnerável em que se encontra a família ou o casal. Muitos dados resultantes de um estudo minucioso e bem fundamentada são essenciais para posteriores encaminhamentos. Os assistentes sociais, “são administradores de vidas”. Muitas vezes têm extrema responsabilidade por encaminhamentos errôneos decorrentes da falta de estudo e de apontamentos de dados cruciais. (Lisboa, 2005 p. 206).

Souza complementa afirmando que:

Um parecer social é uma avaliação teórica e técnica realizada pelo Assistente Social dos dados coletados. Mais do que uma simples organização de informações sob a forma de relatório, compete ao Assistente Social avaliar essas informações, emitir uma opinião sobre elas. Uma opinião que deve estar fundamentada, com base em uma perspectiva teórica de análise. Assim, o parecer social é crucial, pois é ele que dá ao Assistente Social uma identidade profissional – a inexistência de um parecer reduz o relatório a uma simples descrição dos fatos, não permitindo nenhuma análise profunda sobre os mesmos. Ora, todo o processo de formação profissional do Assistente Social, bem como o seu lugar na divisão social do trabalho, demanda que esse profissional se posicione diante das situações verificadas na realidade social. Isso requer um posicionamento político claro do Assistente Social – que possui, no Código de Ética Profissional, os pilares básicos para tal posicionamento. (SOUSA, 2009 p.130-131)

Um instrumental que é decisivo para o atendimento ou não da solicitação da vítima em interromper sua gestação é no momento da **reunião em equipe**, é neste momento que os profissionais irão socializar seus pareceres, de acordo com sua especificidade e em conjunto deliberarão sobre a interrupção da gestação.

Observa-se que esta abordagem consta no Código de Ética Profissional, o qual prevê que nas relações dos assistentes sociais e outros profissionais, no art. 10, são vistos enquanto deveres do assistente social: incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar e respeitar as normas e princípios éticos das outras profissões. Esta atitude se torna importantíssima para que a reunião decorra de forma tranqüila e que os direitos da usuária sejam garantidos.

Souza descreve este instrumental da seguinte forma:

Assim como a dinâmica de grupo, as reuniões são espaços coletivos. São encontros grupais, que têm como objetivo estabelecer alguma espécie de reflexão sobre determinado tema. Mas, sobretudo, uma reunião tem como objetivo a tomada de uma decisão sobre algum assunto. As reuniões podem ocorrer com diferentes sujeitos – podem ser realizadas junto à população usuária, junto à equipe de profissionais que trabalham na instituição. Enfim ela se realiza em todo espaço em que se pretende que uma determinada decisão não seja tomada individualmente, mas coletivamente. Essa postura já indica que, ao coletivizar a decisão, o coordenador de uma reunião se coloca em uma posição democrática. (SOUSA, 2009 p.127)

Segundo Vieira (1979, *apud* SARMENTO, 2005 p. 37), os objetivos da reunião são: informar os membros sobre assuntos que os interessa ou relacionados com a situação social-problema; obter dos membros informações que permitam elaborar o diagnóstico do grupo ou da

comunidade; realizar atividades em comum, relacionadas a interesses coletivos dos membros, do grupo como um todo ou da comunidade; aplicar a intervenção para o desenvolvimento social do grupo e de seus membros.

Sarmiento (2005) salienta que a reunião entendida como instrumento diferencia-se do grupo, pois, não a consideramos simplesmente como um encontro face-a-face entre indivíduos; mas do que isso através dela que o assistente social pode contribuir no desencadeamento e realização de um processo reflexivo sobre o cotidiano de vida destas pessoas, para encontrar respostas as situações que se defrontam e permeada por uma maneira de organização para a ação.

Reuniões com a equipe multiprofissional: As reuniões com a equipe multiprofissional - de assistentes sociais, psicólogos, médicos, enfermeiros, advogados e outros - são decisivas para o encaminhamento correto das situações de violência. O assistente social geralmente é o primeiro contato das pessoas que chegam às Instituições, realiza a primeira entrevista, faz visitas domiciliares e elabora um estudo social emitindo parecer (em caso de solicitação do juiz) e procedendo aos encaminhamentos. A psicóloga vai atuar dando apoio psicológico, principalmente quando a mulher esta traumatizada. O médico e a enfermeira vão prestar atendimento, na área da saúde, por ocasião de ferimentos resultantes da agressão. [...] Reuniões interdisciplinares com a equipe que atendeu a mesma situação são importantes, com o objetivo de socialização dos dados (ou do diagnóstico), para que os encaminhamentos possam ser realizados da forma mais correta possível. (LISBOA, 2005, p. 206).

Por último, mas não menos importante o profissional fará uso do instrumental de **encaminhar** esta usuária para que receba atendimento contínuo após o procedimento de abortamento. A vítima será encaminhada para a Unidade Local de Saúde ou para o ambulatório do Hospital Universitário onde receberá o acompanhamento que visará uma possível superação deste trágico episódio de sua vida.

O Encaminhamento, procedimento de articulação da necessidade do usuário com a oferta de serviços do município realizado pelos técnicos do SUAS. Deve ser sempre formal, seja para a rede socioassistencial, seja para outras políticas. Quando necessário, deve ser precedido de contato com o serviço de destino para contribuir com a efetivação do encaminhamento e sucedido de contato para o retorno da informação. (BELO HORIZONTE, 2007).

Outro importante instrumento que aqui será analisado é a **articulação em rede/intersetorialidade**, Faleiros (1999, p. 25) ressalta que o trabalho em redes fomenta os meios para a superação do sentimento de impotência frente às condições de trabalho colocadas

para os assistentes sociais, e também combate a onipotência de acreditar que o Serviço Social, enquanto profissão tem condições de mudar tudo.

Esta forma de intervenção se fez e se faz muito presente na elaboração, execução e conservação do Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual em Florianópolis, pois o mesmo tem como base a Rede de Atenção Integral as Vítimas de Violência Sexual, que tem como componentes diversas instituições e profissionais, que se articulam de forma a oferecer esta política de atendimento aos usuários que dele necessitam.

E por último outro decisivo instrumental para a intervenção profissional, são as condições institucionais. Para que a execução desta intervenção seja possível, é preciso que a instituição disponibilize as condições de realização do trabalho, ou seja, os recursos financeiros, técnicos e humanos. Possuindo o quadro profissional necessário para a execução do protocolo e possibilitando que estes profissionais se atualizem constantemente sobre as mudanças desta política de forma a oferecer um atendimento cada vez mais integral.

No caso do atendimento do Serviço Social se faz necessário um local específico, que garanta o que prevê o Código de Ética Profissional, o qual traz em seu art. 7º enquanto direito do assistente social, dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional. Resguardando assim a inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional, que é um direito do usuário.

Sarmiento, (2005, p. 34), destaca como condições preponderantes, o local em que é realizada a entrevista; o ambiente propício e confortável para sua realização; a duração da entrevista que depende do seu objetivo; a disponibilidade para tomar notas sobre as entrevistas; a natureza confidencial das entrevistas e; conhecimentos básicos específicos com referencia a instituição; e informações necessárias ao bom andamento das entrevistas. Assim o bom andamento da intervenção junto à vítima será possível.

Tendo em vista todo este emaranhado de instrumentais para a execução desta intervenção junto ao atendimento da violência sexual contra mulher, assim como os princípios profissionais e os objetivos propostos por esta política, ressalta-se a necessidade de se traçar resultados a serem alcançados por intermédio da execução destes atendimentos.

### **3.3 Parâmetros a serem alcançados com a execução desta Política:**

Primeiramente, um parâmetro de grande relevância que se almeja no desenvolvimento dos atendimentos propiciados por esta política é que se faça cumprir o direito ao acesso aos serviços e políticas de saúde. Lembramos que o acesso aos serviços e benefícios é direito do cidadão, os quais têm que se organizar de maneira a responder aos problemas que chegam à porta da unidade. Se fazendo cumprir este ponto, a política caminha para um efetivo funcionamento.

Outro parâmetro de grande relevância quando a atenção oferecida é direcionada a uma temática tão delicada quanto esta, é o oferecimento atendimento humanizado para estas vítimas.

Segundo Ayres (2005), o conceito de humanização tem ocupado um lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução nas práticas de saúde no Brasil, no sentido de sua maior integralidade, efetividade e acesso. Diniz (2005), complementa afirmando que a humanização é também um termo estratégico, menos acusatório para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional.

Teixeira retrata um pouco mais as iniciativas que fazem parte deste atendimento:

Desdobrando um pouco mais este sentido geral, temos que a humanização do atendimento abrangeria fundamentalmente aquelas iniciativas que apontam para: (1) a “democratização das relações que envolvem o atendimento”; (2) o “maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente”; (3) o “reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais”; ou ainda, o “reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico”. Em suma o desafio da humanização diria respeito à possibilidade de se construir “uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo” (TEIXEIRA, 2005, p. 586).

O oferecimento deste atendimento humanizado se faz necessário, tendo em vista, que a mulher vítima de violência sexual, já sofre agravos físicos, psicológicos e sociais decorrentes desta, ao pedir ajuda, seja no âmbito de justiça ou saúde, muitas vezes esta sujeita a ser submetida a outras violências: a do preconceito, do julgamento e da intolerância. Estas violências dificultam a identificação da violência sexual na população, pois muitas mulheres não denunciam os agressores e a violência sofrida, nem procuram assistência necessária, devido ao medo de se expor e o sentimento de vergonha que persegue essas mulheres. Neste momento o atendimento humanizado propicia maior abertura e a ampliação da atenção a estas mulheres.

O Ministério da Saúde reforça a necessidade desta abordagem de não julgamento e atenção humanizada:

A capacidade de escuta, sem pré-julgamentos e imposição de valores, a capacidade de lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos básicos do acolhimento que poderão incentivar as mulheres a falarem de seus sentimentos e necessidades. Cabe ao profissional adotar “atitude terapêutica”, buscando desenvolver escuta ativa e relação de empatia, que é a capacidade de criar comunicação sintonizada a partir das demandas das mulheres, assim como a possibilidade de se colocar no lugar do outro. (BRASIL,2005, p.17)

Assim como a ação anterior, observa-se também que para o desenvolvimento deste atendimento, também se faz necessária a atitude de facilitar o processo de abortamento por estupro para evitar que a usuária seja exposta ao processo de Revitimização. Esta atitude que conforme citamos anteriormente é o objetivo principal da política de atenção às vítimas de violência sexual, que descrevemos aqui.

Segundo Mânica, Tessmer e Corrales (2006), a revitimização é um evento que ocorre após a violência sexual e ocorre em diferentes níveis. Primeiramente porque o próprio evento desencadeia uma série de manifestação somáticas e psíquicas na vítima que a circunscrevem em um rol de comportamentos julgados inapropriados e desviantes. Observa-se aqui a presença do sentimento de culpabilização da vítima pelo ato de violência contra ela cometido. Postura que pode se fazer presente no pensamento de alguns dos profissionais que atendem este tipo de demanda e que prejudicam um atendimento integral e humanizado. Outra forma pela qual a revitimização pode se dar é no próprio procedimento de atenção psicossocial, médico e jurídico no caso da identificação legal da violência sexual. Isso porque nem sempre as diversas instâncias envolvidas com a atenção de uma mesma orientação epistemológica e/ou prática, podendo muitas vezes ocorrer a sobreposição de diferentes intervenções que podem ser vivenciadas pela vítima e sua família como invasão e violência institucional.

Conforme descrevemos neste trabalho, a violência contra a mulher é uma violação dos Direitos Humanos, e como tal faz-se necessário o empenho na erradicação das causas e conseqüências desta violação. A violência contra a mulher pode ser psicológica, física, sexual, mas também pode ser institucional, ou seja quando os serviços oferecidos por uma instituição e sistemas públicos (delegacias, IMLs, hospitais...) são prestados em condições inadequadas resultando em danos físicos e psicológicos para a mulher. Observa-se aqui a importância do



constante trabalho desenvolvido e realizado pela comissão permanente de atenção integral as vítimas de violência sexual em Florianópolis, em que mensalmente são realizadas reuniões onde a equipe multiprofissional e interinstitucional, avalia os serviços oferecidos pela RAIVVS e planeja as adaptações e melhoramentos na atenção das vítimas de violência sexual. Buscando assim a não revitimização destas mulheres, através de um atendimento mais rápido e eficiente.

Segundo Campos (2008), evitar o processo de revitimização, promovendo o atendimento de forma integrada para que as pessoas não tenham que recorrer a diferentes instituições (visto que pode realizar no próprio hospital, se desejar, a queixa policial e o exame de corpo de delito). Este é o principal objetivo do Protocolo de Atenção Integral as Vítimas de Violência Sexual, em Florianópolis, Santa Catarina. Entretanto nada é citado sobre o cuidado no atendimento desta vítima pelos diversos profissionais que irão atendê-la. Ressalta-se aqui a importância das capacitações de humanização principalmente o cuidado que o profissional de Serviço Social prestará ao organizar este atendimento de interrupção legal de gestação, seguindo as Normas do Ministério da Saúde o qual prevê que se deve evitar que toda a equipe faça as mesmas perguntas para a mulher, sendo necessário que um único prontuário seja utilizado até o final do atendimento. Este é um direito da paciente, portanto alvo da defesa do assistente social.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No desenvolvimento deste estudo, procuramos descrever, analisar e discutir idéias acerca da política de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. Diante do aprofundamento realizado buscamos destacar algumas considerações finais sobre o que descrevemos, observamos e então propomos neste trabalho de conclusão de curso.

A violência contra a mulher esta intrinsecamente ligada à construção das relações de gênero. Relações estas que definem os papéis e espaços incumbidos ao homem e a mulher e perpetuados socialmente. Estas determinações de papéis que exercem poder e força entre os sexos, foram observadas enquanto o ponto fundante da violência exercida contra as mulheres.

Essa problemática adquire relevância com o advento da modernidade. Passa a ser reconhecida a partir da concepção dos direitos humanos e da cidadania, bem como a propagação de valores como liberdade, igualdade e felicidade. Com base nestes valores, determinadas práticas passam a ser questionadas e identificadas como formas de violência.

A violência sexual e suas conseqüências são consideradas problemas de saúde pública, do mesmo modo que o aborto em condições inseguras. Ambas as questões, violência e conseqüências do aborto clandestino andam juntos e, assim devem ser enfrentados. Muitas vezes, as mulheres, principalmente as que se encontram em classes mais empobrecidas, não encontram nos hospitais públicos o aparato necessário para fazer a interrupção legal da gravidez e são obrigadas a permanecer com uma gestação indesejada, com todas as suas implicações. Outras recorrem a serviços ilegais e por causa disto engrossam a grande lista de mortes maternas no nosso país.

No caso do estupro e o atentado violento ao pudor cometidos contra mulheres, constata-se o quão primitiva é a percepção que os envolvidos no ato de violência têm de si mesmos como portadores de direitos. Se, do lado violentador, o que conta é o direito do mais forte, do lado da vítima e de toda a comunidade a sua volta, ha como que uma solidariedade com o mais forte e uma culpabilização da vítima. Esta atitude é observada quando são explícitas a responsabilidade e a cumplicidade da sociedade com relação ao modo como normalmente a vítima da violência é tratada.

Estas características são típicas da cultura, onde se percebe a solidariedade para com o violentador e de culpabilização da vítima de atentados sexuais. Este tipo de atitude é descrito por alguns autores como a “coisificação da mulher”. Pode ser observada quando ocorre o questionamento sobre o que uma mulher fez para apanhar do marido, também se costuma dizer que quando uma mulher é estuprada o homem é sua vítima e não seu agressor insinuando uma possível provocação por parte da mulher violentada, seja em seu traje ou na hora e local onde estava no momento da violência. Por este motivo torna-se tão importante a postura dos profissionais envolvidos no atendimento desta demanda, pois é sua postura que fará com que esta vítima se sinta acolhida e não culpada pelo trágico episódio ao qual foi submetida.

Diante dessa realidade, tornou-se imperiosa a implantação de serviços de atendimento as vítimas e a capacitação de equipes multidisciplinares, compostas por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais visando uma assistência integral a essas mulheres. Além disto, observa-se a necessidade um maior número de delegacias da mulher e mais conhecimento sobre a problemática da violência sexual por parte da sociedade e da justiça, para que não haja nenhuma forma de discriminação para com as vítimas.

Por isso se torna essencial que os profissionais, dentre eles o de Serviço Social, tenham conhecimento da realidade em que esta demanda se manifesta, a fim de compreender como os sujeitos sociais (mulheres vítimas) experimentam e vivenciam as situações sociais (violência sexual). Neste caso o profissional necessita aprofundar seu conhecimento sobre as múltiplas determinações que decorrem desta demanda.

Faz-se aqui a observação de que durante o processo de formação acadêmica, sentiu-se a ausência desta temática a qual está presente nos momentos de intervenção profissional. Temáticas complexas como esta, deveriam ser mais abordadas em algum ponto específico no processo de formação acadêmica, para uma melhor atuação profissional.

Ao estudarmos o processo histórico de construção dos direitos das mulheres e principalmente da implantação das políticas públicas de atendimento a esta temática entendemos que a Normatização pelo Ministério da Saúde no serviço de “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra a Mulher e Adolescentes”, através do SUS constatamos que foi um marco imprescindível no sentido de garantir direitos conquistados pelas mulheres brasileiras, através das lutas do movimento feminista.

Observa-se que a Normatização em questão, foi um avanço significativo no resgate da dignidade de mulheres que, em face de uma gravidez decorrente de estupro, se vêem sujeitas ao risco da prática clandestina de aborto mal sucedido ou uma maternidade que as condena a convivência com a violência a que foram submetidas. E esse é um importante mérito desta iniciativa, onde se fez cumprir o dever do Estado de fornecer informações e condições necessárias para que os serviços de saúde, através do Sistema Único de Saúde, prestem atendimentos as mulheres vítimas de violência, inclusive no que se refere a violência sexual e a interrupção da gravidez resultante de estupro.

Essa Norma Técnica deu subsídio a implantação dos serviços de saúde nas esferas municipais, estaduais e federal, trazendo informação técnica e procedimentos para a atenção e o tratamento das mulheres em situação de violência, e utilizada como base para o desenvolvimento e a implantação da Rede de Atenção Integral as Vítimas de Violência Sexual em Florianópolis, a qual sistematizou o atendimento desta violência por intermédio do Protocolo anteriormente descrito.

Sobre esta sistematização podemos fazer algumas considerações como a necessidade de uma divulgação mais abrangente desse Protocolo de Atenção, o que iria possibilitar e aumentar a procura imediata por atenção médica e levaria a uma diminuição do número de interrupções de gravidez em decorrência do estupro; uma vez que o aborto nunca é um resultado desejável, e pode ser evitado. Isto se faz possível com a socialização desta política o que garantiria um atendimento imediato e impossibilitaria a concepção indesejada de uma gravidez e poupando a usuária de se submeter ao procedimento do aborto. Entende-se que cabe aos serviços que prestam esta atenção e que compõe a RAIVVS, propiciar a divulgação do serviço.

No que concerne às instituições que atendem a demanda de vítimas de violência sexual, é necessário uma organização estrutural e técnica para oferecer um atendimento humanizado. É responsabilidade Estatal colaborar, juntamente com todos os demais setores, para a prevenção desse crime (estupro) e de suas conseqüências. Quanto mais profissionais estiverem capacitados para realizar o atendimento, melhores serão as condições de se oferecer uma atenção digna e desburocratizada. Destarte, a capacitação das equipes deve ocorrer constantemente e incluir tanto conhecimentos técnicos quanto a reflexão sobre atitudes, conceitos de violência, abordagem e acolhimento das vítimas de agressão. Para tanto não se deve negligenciar a necessidade de um

constante suporte técnico e psicológico para as equipes de atenção, no sentido de que não se afaste do objetivo do atendimento humanizado, pautado nos direitos da vítima.

Necessidade esta que pode ser observada através dos relatos de profissionais vinculados ao atendimento das vítimas de violência sexual, aos procedimentos de interrupção legal de gestação seguida de estupro e dos demais componentes da RAIVVS (Rede de Atenção Integral as Vítimas de Violência Sexual de Florianópolis). Estes relatam que há certa dificuldade para sensibilizar os demais profissionais no acolhimento dessa expressão da violência, como também a necessidade de romper com preconceitos para a aceitação da fala das mulheres. Esta dificuldade esta relacionada com os valores culturais e morais que a maioria dos profissionais da saúde tem com o tema, repercutindo na sua conduta na assistência. Além disso, o tema da violência sexual é pouco debatido na academia, o que dificulta a aproximação com a temática e reflete no estranhamento quando se chega à prática. Este fato acaba também por desencadear pressões contrárias e resistências por parte dos profissionais quanto à questão do aborto legal.

Com estas capacitações os profissionais envolvidos na atenção tendem a propiciar a esta usuária do serviço, um atendimento humanizado e acima de tudo integral. Viabilizar os serviços de saúde na perspectiva de uma visão ampliada, observando a usuária com um ser com múltiplas dimensões que não necessita somente de uma medicação, mas de acolhimento, de orientações importantes para minimizar o máximo possível as marcas da violência que sofreu. Este princípio esta previsto pela Rede de Atenção INTEGRAL as Vítimas de Violência Sexual.

Ressaltamos também que a política de atendimento oferecida pelo protocolo é sem dúvida, uma intervenção que marca um grande avanço na efetivação de políticas públicas para reduzir o drama da violência de gênero, propiciando possibilidades de impedir a manutenção da situação de desrespeito e violação dos direitos humanos. No entanto vale lembrar que esta política pode e deve ser melhorada e ampliada. Para isso não se deve encarar a violência de gênero como um crime de menor potencial ofensivo e lutar pela ampliação dos serviços de atendimento a estas vítimas, em especial pela ampliação e solidificação desta política de atendimento. Esta luta pode ser efetuada, com a participação de profissionais interessados pela temática, nas reuniões mensais efetuadas pela RAIVVS, reuniões nas quais se faz possível a observação das reais condições de execução da política e principalmente um espaço de proposições de melhoramento e lutas pela ampliação.

Sobre ampliação de direitos para as vítimas de violência sexual, observa-se a necessidade de medidas, tais como, a licença no emprego e a dispensa de aulas. Isto se torna importante para que a mulher possa se recuperar antes de retomar suas atividades. Portanto, é visível a importância da inclusão da violência sexual (estupro, atentado violento ao pudor) no âmbito dos direitos trabalhistas. Muitas mulheres sofrem a violência no trajeto casa-trabalho, o que configura como acidente de trabalho. Contudo, não há caracterização e acesso aos direitos trabalhistas ocultos nestas circunstâncias.

Observando a descrição do procedimento de abortamento, incluindo o atendimento e acompanhamento mais apropriado para mulheres nesta situação, conclui-se que este só é viabilizado por meio do trabalho integrado da equipe profissional. As diferentes percepções das áreas profissionais contribuem para a melhor capacitação de cada um, bem como para uma tomada de decisões adequada a cada situação atendida. As equipes devem contar com a participação de médicos, enfermeiras, assistentes sociais e psicólogas que se disponham a se reunir periodicamente para discutir e avaliar os diversos aspectos que envolvem a atenção dessas mulheres, e que estejam sempre se capacitando de forma a efetuar o melhor atendimento possível para estas usuárias.

Sobre a intervenção da (o) assistente social e a postura do profissional no atendimento às vítimas de violência sexual em específico nas situações de interrupção da gestação algumas considerações podem ser feitas.

Primeiramente ressaltamos a necessidade de superação de suas crenças e juízos de valores para poder exercer sua atividade como profissional buscando garantir uma assistência de melhor qualidade sem pré-julgamentos. Em especial esquecer suas orientações religiosas e pessoais, para que isso não interfira na orientação que faz às pacientes, conforme o que rege o Código de Ética e preservando o direito ao acesso.

O profissional do Serviço Social nesta intervenção, precisa tomar cuidado em não colocar-se em uma postura “policialesca”, no sentido de averiguar se a usuária está dizendo a verdade ou não em relação ao ato de violência. A postura do profissional do Serviço Social ao efetuar o acolhimento, a orientação, a entrevista e seu parecer é propiciar o acesso desta vítima a um atendimento de saúde pública, o qual é seu direito.

Para que seja possível uma ação interventiva nas questões que envolvem a situação de violência contra a mulher, é imprescindível ao profissional de Serviço Social a busca de subsídios

teóricos que norteiem sua compreensão sociológica dos papéis dos sexos na sociedade. Para o Serviço Social se faz necessário este aprofundamento e conhecimento das formas de violência contra a mulher, as quais se tornaram cada vez mais visíveis e passaram a ser discutidas como uma expressão da Questão Social de natureza pública.

Também se faz necessário o conhecimento e o domínio dos instrumentais de registros da intervenção (Documentação, elaboração de relatórios, parecer social), já que é através deles, que o assistente social registra as informações sobre a usuária e que, em conjunto com os demais profissionais haverá a decisão pela interrupção ou não da gestação.

Outra atribuição importante concernente ao assistente social é o diálogo com os profissionais das áreas médicas, sendo ele um profissional capacitado a informar e discutir, com o objetivo de auxiliar no processo de aceitação do aborto nos casos permitidos pela lei. Retratando que não se esta promovendo esta pratica e que também não se estará infringindo nenhuma norma legal ou ética. Por outro lado, deve-se sempre respeitar os ditames de consciência de cada um. Nenhum médico pode se sentir coagido a interromper uma gravidez. O que é necessário é que os hospitais públicos ofereçam condições para tal prática disponibilizando outros profissionais.

Ressalta-se também que no que tange o serviço social, é importante lembrar que sendo esta uma profissão especialista em formular e executar políticas públicas, observa-se a necessidade de estar inserida nos diferentes espaços de atenção às mulheres vítimas de violência, colaborando para a transformação desta situação, ocupando espaços de lutas e buscando a ampliação das políticas de atendimento. Afinal acreditamos que um mundo sem violência é um direito das mulheres e um mundo sem violência contra a mulher, é um sonho a ser alcançado e uma realidade possível.

O presente trabalho propõe que se examine com cuidado a Resolução n.º 383/99, publicada pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que reconhece legalmente o Assistente Social como profissional da saúde. Resolução esta que considera que o Assistente Social, em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida (determinantes sociais da saúde e da doença) e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país; também que as ações de saúde devem se dar na perspectiva integral a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na mediação entre os seus interesses e a prestação de serviços.

Na produção deste trabalho e no contato com os profissionais envolvidos no atendimento desta demanda, ficou claro que em sua maioria os casos de violência sexual ocorrem nos finais de semana. Sendo assim, objetivando uma atenção cada vez mais universal e abrangente, destaca-se a necessidade de uma mudança no regime de trabalho do assistente social, fazendo com que haja a possibilidade do atendimento também nestes períodos, ampliando o atendimento para plantões de 24 horas, pois os casos de violência acontecem com maior frequência fora do horário comercial. Atuando desta maneira, de acordo com a perspectiva de trabalho dos demais profissionais da saúde, seria possível propiciar às usuárias do serviço de interrupção de gestação maior possibilidade de acesso. Esta mudança também possibilitaria que o acolhimento desta vítima no momento de sua entrada na unidade de saúde fosse efetuado pelo assistente social, tendo em vista que o profissional de Serviço Social possui dentre sua formação e atribuições o acolhimento, a informação e o encaminhamento. Isto ajudaria na atenção a esta vítima de uma forma mais completa, sendo a mesma, acolhida, informada e encaminhada aos futuros atendimentos, inclusive o de uma provável intervenção de gestação.

O presente estudo conclui que é de extrema importância a existência desse tipo de serviço, bem como maior divulgação do mesmo, para que haja a diminuição no número de interrupções da gravidez por estupro. Isso será possível através da qualidade da assistência oferecida as mulheres que recorrem aos serviços onde são prestadas as ações de assistência necessárias para a contracepção de emergência, logo após ter sofrido o ato de violência.

Por último gostaríamos de ressaltar que o presente trabalho foi desenvolvido observando o novo quadro conjuntural em que se encontra nossa sociedade, que é traduzido por Yamamoto (1999) como um momento que desafia os assistentes sociais a se qualificarem para acompanhar, atualizar e explicar as mudanças da realidade social. Entre as novas competências exigidas está, sobretudo, a produção de conhecimento sobre a realidade social em que cada profissional atua para dar suporte ao processo de intervenção.

Conclui-se que este trabalho foi produzido não somente com o objetivo de concluir o curso, mas também com a intenção de servir de suporte para futuros processos de intervenção na realidade social da violência sexual contra a mulher, propiciando um maior aprofundamento nesta complexa temática e propiciando subsídios teóricos para uma futura intervenção.



## BIBLIOGRAFIA

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização nas práticas de saúde. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva – v.10, n. 3 – Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Adjunta de Assistência Social. Dicionário de Termos Técnicos da Assistência Social. Belo Horizonte: ASCOM, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2004. <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noti>

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. 2ª ed. atual. e ampl. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Acesso em 03 de outubro de 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria de; GAMA, Andréa de Souza; MONNERAT, Giselle Lavinias (org.). Saúde e Serviço Social. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

CFESS (Conselho Federal de Serviço Social). Código de Ética Profissional do Assistente Social, Brasília, 1993.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva – v.10, n. 3 – Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

DREZETT, J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. In: Reunión Internacional Violência: Ética, Justiça y Salud para la Mujer. Monterrey: Sociedad de Ginecología y Obstetrícia de Monterrey. 2000.

FALEIROS, Vicente de Paula. Estratégias em Serviço Social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário Aurélio Junior: dicionário escolar da língua portuguesa. Curitiba: Positivo, 2005.

FLORIANOPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde. Atas das Reuniões da Comissão Permanente da RAIVVS, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

LISBOA, Teresa Kleba. A intervenção do Serviço Social junto à questão da violência contra a mulher. Revista Katalysis, v.8, n. 2, jul./dez. 2005. Editora da UFSC, 2005.

LOLATTO, Simone. A intervenção do Assistente Social frente a questão do Aborto. Dissertação. Pós Graduação em Serviço Social. 2004.

LOLATTO, Simone. Relações de gênero – a problemática da violência contra a mulher no espaço domestico. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. 2000.

MÂNICA, Giselle; TESSMER, Liz; CORRALES, Mariana. A estratégia da Epistemologia Social: abandonando leneares, abrindo-se a vidas que são por si complexas. Fazendo Gênero 7, ST. 39. 2006.

PRADO, Danda. O que é aborto. São Paulo: Brasiliense, 1995. 4. ed. (Coleção Primeiros Passos; 126).

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANOPOLIS. Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual do Município de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. 2002.

SAFFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SARMENTO, Helder Bóska de Moraes. Repensando os instrumentais em Serviço Social. In: Textos de teoria de Serviço Social: estágio profissional em Serviço Social na UFPA. Belém: ed. Amazônia / UFPA, 2005.

SCHMICKLER, Catarina Maria. A revelação do indivisível. Um estudo sobre o protagonista do abuso sexual incestuoso contra criança e adolescentes. 2001. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

SCHMICKLER, Catarina Maria. Intervenção em rede: a garantia de direitos e de cidadania para mulheres, crianças e adolescentes vítimas de abuso e exploração sexual. <http://tsocial.vlagoz.cl/redescuelas/doc/elzs-02-031-doc> - Acesso em 29 de setembro de 2008.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise. Educação e Realidade, Porto Alegre, FAE: UFRGS, v. 20, n. 2, p. 71-100, jul. dez. 1995.

SOUSA, Charles Toniolo de. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. *Emancipação*, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008. Disponível em <http://www.uepg.br/emancipacao>. Acesso em 20 de janeiro de 2009.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e Atenção Primária à Saúde. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva* – v.10, n. 3 – Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

TELES, Maria Amélia de Almeida & MELO, Mônica de. O que é violência contra a Mulher. São Paulo: Brasiliense, 2003. (Coleção Primeiros Passos; 314).

TELES, Maria Amélia de Almeida. O que são direitos humanos das Mulheres. São Paulo: Brasiliense, 2007. (Coleção Primeiros Passos; 321).

# **ANEXOS**

## **ANEXO 1**



Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Secretaria da Saúde e Desenvolvimento  
Social  
Programa Capital Criança

**TERMO DE ADESÃO AO PROTOCOLO  
DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL  
NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**

A Prefeitura de Florianópolis, representada neste ato pela Secretaria da Saúde e do Desenvolvimento Social, a Secretaria de Estado da Segurança Pública, a Secretaria de Estado da Saúde, a Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania e a Universidade Federal de Santa Catarina, **considerando**

- ◆ ser a violência uma das principais causas de morbimortalidade, principalmente na população jovem e, sendo a violência sexual uma das faces da violência que atinge em especial as mulheres, com conseqüências drásticas sobre suas vidas,
- ◆ que o enfrentamento da violência sexual exige a efetiva integração de diferentes setores para a realização de um trabalho em rede,
- ◆ a necessidade do trabalho integrado para conferir maior visibilidade ao problema de forma a permitir a implantação de estratégias mais amplas de combate ao mesmo,

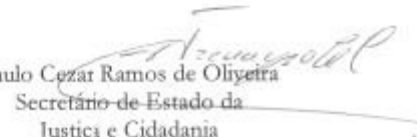
**Resolvem:**


Formalizar, neste instrumento, a adesão ao “Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual no Município de Florianópolis”, tendo como partes a Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis, a Secretaria de Estado da Saúde, a Secretaria de Estado da Segurança Pública, a Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania e a Universidade Federal de Santa Catarina, o qual passará a ter validade a partir da data de sua assinatura.


Florianópolis 4 de agosto de 2000.

  
Rodolfo Joaquim Pinto da Luz  
Reitor da Universidade Federal  
de Santa Catarina

  
João José Cândido da Silva  
Secretário de Estado da Saúde

  
Paulo César Ramos de Oliveira  
Secretário de Estado da  
Justiça e Cidadania

  
Antenor Chinato Ribeiro  
Secretário de Estado da Segurança Pública

  
Angela Regina Helzen Amin Helou  
Prefeita Municipal

## **ANEXO 2**



## FICHA DE ATENDIMENTO À vítima de violência sexual

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Raça: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Atividade sexual antes: ( ) sim ( ) não      Gesta: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Abortamentos: \_\_\_\_\_

### 2. DADOS DA OCORRÊNCIA

Data da violência: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Local: ( ) residência ( ) rua      outro: \_\_\_\_\_

Agressor: ( ) conhecido ( ) desconhecido ( ) múltiplos      parente: \_\_\_\_\_

Raça do agressor: \_\_\_\_\_

Tipos de relação: ( ) vaginal ( ) oral ( ) anal

Intimidação: arma \_\_\_\_\_ ( ) força física ( ) ameaça

Paciente havia utilizado álcool ou drogas: ( ) não ( ) sim      tipo: \_\_\_\_\_

Agressor havia utilizado álcool ou drogas: ( ) não ( ) sim      tipo: \_\_\_\_\_

Traumas físicos: ( ) não ( ) sim      tipo: \_\_\_\_\_

Breve história da ocorrência:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data do BOP: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Nº BOP: \_\_\_\_\_      Delegacia: \_\_\_\_\_

Realizado laudo do IML: ( ) não ( ) sim

### 3. ATENDIMENTO LOGO APÓS A VIOLÊNCIA SEXUAL

Uso de contracepção de emergência: ( ) não ( ) sim      tipo: \_\_\_\_\_

Profilaxia DST/AIDS: ( ) não ( ) sim      tipo: \_\_\_\_\_

Outros exames: \_\_\_\_\_

Colhido conteúdo vaginal: ( ) não ( ) sim

Colhido sangue ou sêmen nas vestes: ( ) não ( ) sim

Orientada sobre direitos legais: ( ) não ( ) sim

Eucaminhamento ao ambulatório: ( ) não ( ) sim

Eucaminhada ao atendimento psicossocial: ( ) não ( ) sim

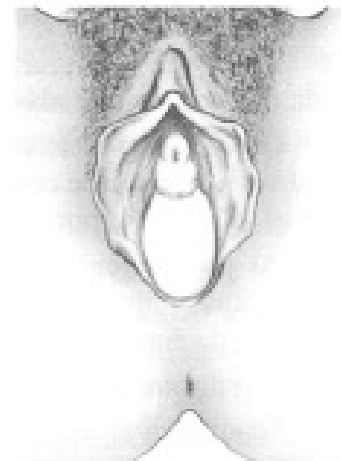
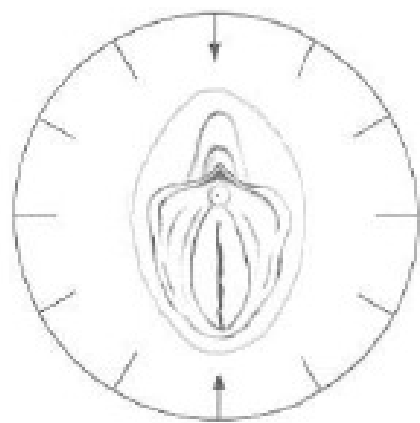
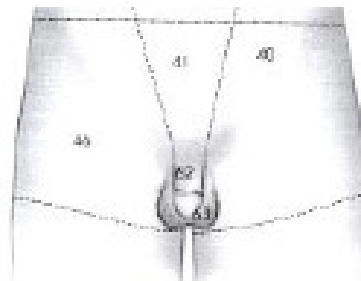
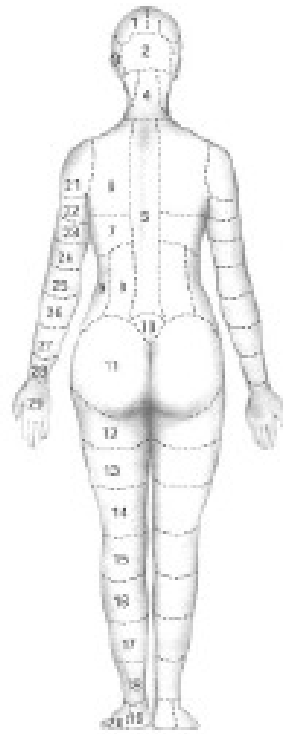
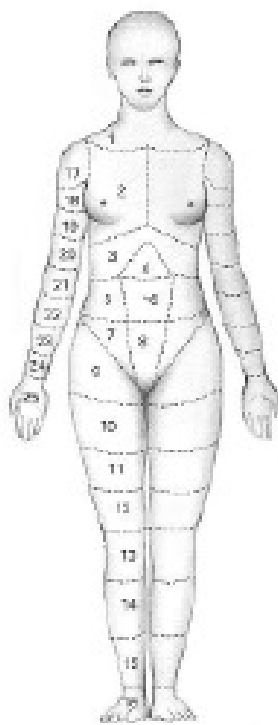
Assinatura e carimbo do profissional responsável

*Esta ficha deverá ser preenchida e encaminhada para o Banco de Dados da Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis, conforme endereço na "Lista de Endereços para Encaminhamentos".*



UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE  
SANTA CATARINA



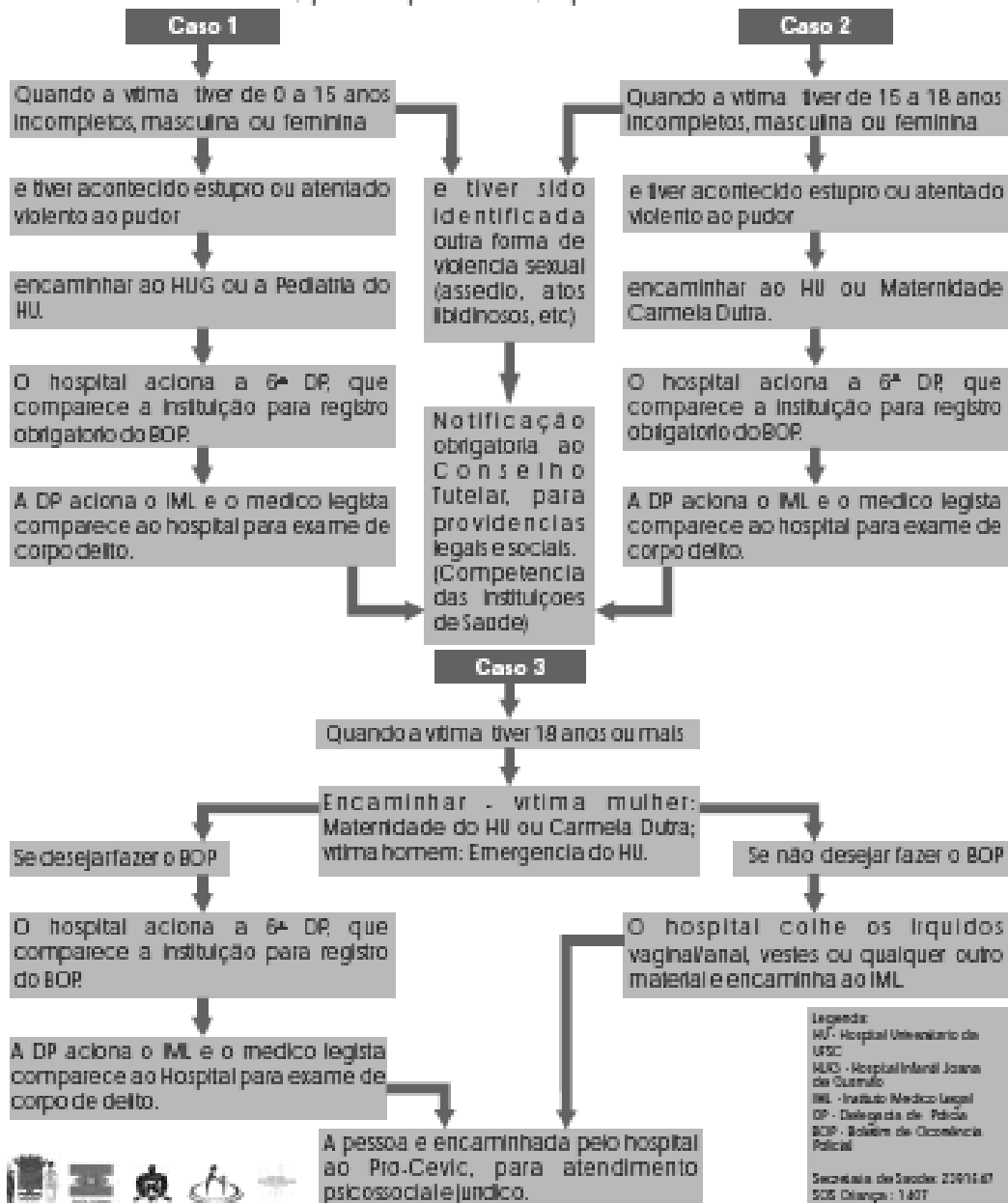


## **ANEXO 3**



## Fluxograma da Rede de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual no Município de Florianópolis

**Porta de entrada das vítimas:** procura espontânea ou apresentada nas diferentes instituições (postos de saúde, delegacias, centros comunitários, etc). Deverão ser encaminhadas (no caso de adultos) e conduzidas (no caso de crianças e adolescentes) às unidades de referência em saúde, que são: Hospital Universitário, Hospital Infantil e Maternidade Carmela Dutra.



## **ANEXO 4**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

DIVISÃO DE TOCOGINECOLOGIA

**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

## **ANEXO 5**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

DIVISÃO DE TOCOGINECOLOGIA

## 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

\_\_\_\_\_

