



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

MICHELE DE SOUZA CEZAR

AVANÇOS E DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO ABORTO LEGAL POR
VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: uma análise de
duas iniciativas realizadas na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

MICHELE DE SOUZA CEZAR

AVANÇOS E DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO ABORTO LEGAL POR
VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: uma análise de
duas iniciativas realizadas na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elaine Reis Brandão

Rio de Janeiro

2022

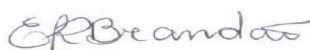
FOLHA DE APROVAÇÃO

MICHELE DE SOUZA CEZAR

AVANÇOS E DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO ABORTO LEGAL POR
VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: uma análise de
duas iniciativas realizadas na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Monografia apresentada ao Programa de
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva
do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da
Universidade Federal do Rio de Janeiro, como
requisito parcial para a obtenção do título
Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 13 de abril de 2022.



Prof^a. Dr^a. Elaine Reis Brandão (Orientadora)

IESC/UFRJ



Me. Amanda Almeida Mudjalieb

Gerência de Ambiente e Relações com o Trabalho/SMS –RJ



Prof^a. Dr^a. Sabrina Pereira Paiva

UFJF/Posdoc IESC/UFRJ

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer às mulheres que vieram antes de mim, que estão aqui comigo e que virão depois. Pela coragem, pela solidariedade e pelo amor. Porque a luta por direitos é constante e cansativa, mas juntas somamos vitórias, nos consolamos na derrota, aprendemos com experiências e nos reerguemos com esperança que a cada geração mais forte seremos.

Aos meus pais, Maria José e Antonio Carlos, pelo suporte e carinho que sempre me deram. Aos meus colegas de turma da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, que compartilharam a trajetória de iniciar a vida profissional na área da saúde em meio a uma pandemia. Mesmo de modo virtual, conseguimos estabelecer uma rede de apoio entre nós e isso foi muito importante.

À minha orientadora, Profa. Dra. Elaine Reis Brandão, por ser paciente, compreensiva e me ajudar a elaborar esta monografia. Não foi fácil escrever sobre um tema que me interessava, mas que eu não estava atuando na prática diretamente. As indicações de leitura e reuniões iluminaram o caminho que eu precisava percorrer. Sou muito grata.

À coordenação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ), Profa. Dra. Gerusa Gibson, e a todos os professores do IESC/UFRJ que tive a oportunidade de conhecer durante o curso, pela dedicação e ensinamentos.

A todos os profissionais que convivi na Coordenadoria de Atenção Primária 3.2, no Setor de Epidemiologia e Avaliação, do Hospital Universitário Clementina Fraga Filho, e da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro (SMS-RJ). Principalmente, à Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (GVDANT) por ter possibilitado a minha participação em algumas reuniões do Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências (NPSPV) e ao setor de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS-RJ), local onde trabalhei durante um ano e fui muito acolhida.

Em especial, agradeço a psicóloga Amanda Mudjalieb, atualmente alocada na Gerência de Ambiência e Relações com o Trabalho/SMS – RJ, pela disponibilidade e pelos relatos de experiências que compartilhou comigo. Sua luta pelos direitos das mulheres é uma inspiração para mim. Muito obrigada.

*Eu não estou mais aceitando as
coisas que eu não posso mudar.
Eu estou mudando as coisas que
não posso aceitar.*

Angela Davis

RESUMO

CEZAR, Michele de Souza. **Avanços e desafios da implementação do aborto legal por violência sexual no município do Rio de Janeiro**: uma análise de duas iniciativas realizadas na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A presente monografia buscou discutir os avanços e desafios da implementação do aborto legal na cidade do Rio de Janeiro. Para isto, foi necessário contextualizar a estrutura jurídica e sociopolítica que fundamenta a atuação da área técnica da saúde da mulher sobre o tema do aborto legal por violência sexual, constituindo tal arcabouço base importante para a organização das práticas em saúde e duas iniciativas observadas pela residente, autora deste trabalho, durante o seu período de treinamento realizado na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, foram contempladas na análise. São elas: uma metodologia de sensibilização de profissionais de saúde para o tema do aborto legal e a atuação do Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências (NPSPV) em um caso de gravidez decorrente de violência sexual. Embora existam profissionais de saúde que primam por fazer cumprir um direito fundamental às mulheres que sofrem violências sexuais, que redundam em gravidez, os desafios para a implementação do aborto legal na rede de serviços de saúde ainda são muitos.

Palavras-chave: Aborto legal. Violência sexual. Saúde coletiva. Direitos sexuais e reprodutivos.

ABSTRACT

CEZAR, Michele de Souza. **Avanços e desafios da implementação do aborto legal por violência sexual no município do Rio de Janeiro**: uma análise de duas iniciativas realizadas na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

This monograph sought to discuss the advances and challenges of implementing legal abortion in the city of Rio de Janeiro. For this, it was necessary to contextualize the legal and sociopolitical structure that underlies the performance of the technical area of women's health on the issue of legal abortion due to sexual violence, constituting such an important framework for the organization of health practices and two initiatives observed by the resident, author of this work, during her training period at the Municipal Health Department of Rio de Janeiro, were included in the analysis. They are: a methodology to sensitize health professionals to the issue of legal abortion and the performance of the Nucleus for the Promotion of Solidarity and Prevention of Violence (NPSPV) in a case of pregnancy resulting from sexual violence. Although there are health professionals who strive to enforce a fundamental right for women who suffer sexual violence, which results in pregnancy, the challenges for the implementation of legal abortion in the health services network are still many.

Keywords: Legal abortion. Sexual violence. Public health. Sexual and reproductive rights.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ata 255º Sessão Extraordinária, 1984	15
Figura 2 - Lista de Morb CID - 10	28
Figura 3 - Tabela 1.....	29
Figura 4 - Tabela 2.....	29
Figura 5 - Consulta Serviços Especializados.....	30
Figura 6 - Indicadores Serviços Especializados	31
Figura 7 - Fluxo do Aborto Legal na SMS-RJ	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 METODOLOGIA.....	13
4 A VIOLÊNCIA SEXUAL COMO TEMA A SER TRABALHADO PELA SAÚDE DA MULHER	14
4.1 O ABORTO LEGAL POR VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL	18
5 AVANÇOS E DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO ABORTO LEGAL POR VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	22
5.1 UMA METODOLOGIA DE SENSIBILIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O TEMA DO ABORTO LEGAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	25
5.2 ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE PROMOÇÃO DA SOLIDARIEDADE E PREVENÇÃO DAS VIOLÊNCIAS (NPSPV) EM UM CASO DE GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS	46
ANEXOS	51
ANEXO A – PÁGINAS DO GUIA PARA GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO ABORTO LEGAL	52

1 INTRODUÇÃO

Durante a minha graduação de psicologia realizei estágio na Vara de Violência Doméstica do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, comarca de Jacarepaguá, e tive o meu primeiro contato com a temática da violência contra a mulher. No estágio, tive a oportunidade de presenciar atendimentos realizados por psicólogas da instituição e de participar de um grupo reflexivo com os agressores. Na minha experiência como graduanda, ficou evidente o quanto questões socioculturais, como dependência financeira e o machismo, contribuem para a perpetuação deste problema. Aprendi que a solução não está somente em uma rígida punição por parte da justiça, mas também em um investimento em políticas públicas.

Ao finalizar a minha graduação, pesquisei sobre residências multiprofissionais e percebi na área da saúde coletiva a oportunidade de aprender mais sobre políticas públicas e a possibilidade de continuar atuando na temática da violência, porém no âmbito da saúde. Assim, a maior parte da minha residência, vinculada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), foi marcada pela atuação na temática da violência. No primeiro semestre de 2020, realizei meu campo de prática na Coordenadoria de Atenção Primária da área programática 3.2 do município do Rio de Janeiro e fui inserida na linha de cuidado de violência, tendo o primeiro contato com o Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências (NPSPV) e com o Grupo Articulador Regional (GAR). No segundo semestre deste mesmo ano, atuei no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, vinculado à UFRJ, onde participei da organização de uma Oficina de Capacitação para o correto preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada.

No ano de 2021, como residente de segundo ano, tive a oportunidade de passar alguns meses na Secretaria Municipal de Saúde, especificamente na Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (GVDANT), que possui como exemplos de suas atividades a elaboração de análises epidemiológicas da situação de saúde com base nos sistemas de informações, tais como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), nos módulos "Violência Interpessoal/Autoprovocada", além da atuação de forma colaborativa no NPSPV e nos GAR's. Além disso, como possuía grande interesse em entender como a área técnica de saúde da mulher trabalha com a temática da violência, realizei o meu estágio eletivo no mês de janeiro de 2022 nesta gerência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ).

Em todos os serviços que tive a oportunidade de atuar como residente de saúde coletiva, a importância dos dados frequentemente foi evidenciada e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) sempre foi uma ferramenta muito usada, tanto na vigilância epidemiológica, quanto na área técnica de saúde da mulher. Entretanto, ao se analisar as fichas de violência interpessoal e autoprovocada, observa-se que o campo sobre o aborto legal não pode ser considerado como uma fonte de informação por conter grande inconsistências. Quando fui apresentada ao Datasus¹, também me chamou a atenção que o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) apesar de fornecer o número de abortos realizados por razões médicas e legais, não especifica o tipo de aborto legal que foi realizado.

Estas lacunas por falta de informações a respeito do aborto legal despertaram em mim um interesse pela temática. Somado a isso, outros dois fatos aumentaram a minha vontade de estudar mais sobre a questão. Durante o período em que atuei na GVDANT (SMS-RJ), tive conhecimento sobre uma metodologia de sensibilização dos profissionais de saúde, realizada pela Superintendência da Maternidade (SMS-RJ), cujo objetivo era qualificar o atendimento às vítimas de violência sexual e ampliar o acesso ao aborto legal nas maternidades municipais. O outro fato que também me mobilizou foi a ocorrência de um caso de gravidez decorrente de violência sexual cometida em adolescente que precisou do auxílio da Secretaria Municipal de Saúde, no qual pude constatar as muitas dificuldades para o enfrentamento do tema do aborto legal não só no nível da assistência propriamente dita, como também no próprio nível central da gestão.

Diante disto, esta monografia de conclusão do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ) visa apresentar uma discussão dos avanços e desafios da implementação do aborto legal por violência sexual observados durante o meu período como residente na SMS-RJ. Para tanto, será abordado em um primeiro momento a inserção da pauta da violência sexual como tema a ser trabalhado pela saúde da mulher, apresentando de forma sucinta as Políticas de assistência à saúde da mulher, o Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), e documentos orientadores sobre o tema do aborto legal por violência sexual para os profissionais de saúde, como o Código Penal, Normas Técnicas e Portarias.

Posteriormente, serão analisadas duas iniciativas da SMS-RJ que perpassam a temática do aborto legal por violência sexual: a metodologia de sensibilização dos profissionais de saúde para qualificar o atendimento às vítimas de violência sexual e ampliar o acesso ao

¹ Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus): Órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, responsável por coletar, processar e disseminar informações sobre saúde.

aborto legal nas maternidades municipais, realizada pela Superintendência de Maternidade no ano 2018 e o esforço de articulação da rede intersetorial, coordenada pelo NPSPV (SMS-RJ), para traçar estratégias de apoio para um caso de gravidez na adolescência decorrente de estupro. Tais exemplos serão tomados como situações didáticas para a reflexão sobre a importância do tema do aborto legal e do quão distantes ainda estamos da aceitação consensual e da garantia deste direito da mulher entre nós. Neste sentido, interessa menos nomear ou identificar atores institucionais ou usuárias e muito mais tomá-los como exemplos paradigmáticos das dificuldades que incidem no tema. O intuito é de abordar alguns obstáculos que ainda precisam ser superados para uma plena implementação do aborto legal por violência sexual no município do Rio de Janeiro.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar duas iniciativas realizadas pela Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SMS-RJ) para garantir o acesso ao aborto legal por violência sexual na cidade do Rio de Janeiro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Situar o arcabouço jurídico e sociopolítico que embasam a atuação da área técnica da saúde da mulher sobre o tema do aborto legal por violência sexual;
- Discutir os avanços e desafios para a garantia do acesso ao aborto legal na cidade do Rio de Janeiro.

3 METODOLOGIA

O trabalho em questão é derivado de uma pesquisa documental, cujos documentos foram obtidos mediante acesso público nas plataformas digitais abertas, e nas experiências vividas pela autora, residente em saúde coletiva, durante o período de estágio prático na SMS-RJ, por meio de diário de campo e notas de reuniões.

Durante o meu campo de prática na GVDANT (SMS-RJ), participei de reuniões do NPSPV onde fui informada sobre a existência da metodologia de sensibilização de profissionais de saúde para qualificar o atendimento às vítimas de violência sexual e ampliar o acesso ao aborto legal nas maternidades municipais. Para aprofundar o meu conhecimento sobre esta iniciativa que me interessava, conversei com a técnica da Superintendência da Maternidade, responsável pela organização deste treinamento, a psicóloga Amanda Mudjalieb. Antes disso, eu já havia tido contato com o artigo publicado por Mudjalieb (2020), sobre tal experiência. A partir deste encontro, coletei informações sobre a implementação da iniciativa, bem como atualizações sobre o processo de trabalho por ela desencadeado.

Também utilizei como material empírico um guia para gestores e profissionais de saúde, intitulado “Guia para gestores e profissionais de saúde: Passo a passo para ampliar o acesso ao aborto legal por violência sexual nos serviços do SUS”² (2019), derivado desta iniciativa de treinamento, elaborado e produzido pela psicóloga, com o apoio de integrantes do Grupo Curumim, de Recife, Pernambuco (a enfermeira Paula Viana), da Rede Médica pelo Direito de Decidir (o médico Cristiano Rosas) e do Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (a advogada Beatriz Galli), todos ativistas incansáveis pelo direito ao aborto legal no Brasil.

Outra fonte de inspiração para a reflexão trazida na monografia foi minha participação como residente em reuniões para discussão de um caso de gravidez na adolescência decorrente de violência sexual, na ocasião do meu estágio de prática na GVDANT (SMS-RJ). Este evento demandou do NPSPV a organização de uma reunião com os serviços de assistência envolvidos para discussão coletiva dos encaminhamentos necessários.

Sendo assim, o presente trabalho irá apresentar alguns resultados desta pesquisa documental e da análise sobre as duas iniciativas observadas pela residente durante o seu campo prático na SMS-RJ.

² O guia pode ser consultado aqui: <https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Guia-para-gestores-e-profissionais-de-sau%CC%81de-para-ampliac%CC%A7a%CC%83o-do-acesso-ao-aborto-legal.pdf>

4 A VIOLÊNCIA SEXUAL COMO TEMA A SER TRABALHADO PELA SAÚDE DA MULHER

Na primeira metade do século XX, a chamada “saúde da mulher” passa a ser objeto das políticas nacionais de saúde. Entretanto, as pautas ficam restritas às questões de gravidez e ao parto. Os programas de saúde elaborados nas décadas de 30 a 70 eram voltados para uma visão biológica do corpo da mulher e para um papel social que consistia em ser mãe e voltada ao ambiente doméstico. Essa perspectiva era amplamente criticada pelo movimento feminista brasileiro.

Segundo Costa (2007), nos anos 1980, grupos de mulheres de vários estados brasileiros realizaram encontros feministas onde aprofundaram a reflexão sobre a esfera pública e privada, o individual e o coletivo. Defendiam o direito à sexualidade, ao corpo e a livre opção pela maternidade, exaltando a bandeira máxima do feminismo: "nosso corpo nos pertence". Além disso, também debatiam sobre temas como violência contra as mulheres, conquista das creches públicas e participação das mulheres nos partidos políticos, agremiações e centrais sindicais, e a Atenção Integral à Saúde da Mulher. Assim, o movimento feminista foi um importante impulsor do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que será aprofundado ao longo deste trabalho.

Outro ponto importante de se destacar era a ausência da perspectiva de integralidade nas ações de saúde. As metas eram definidas pelo nível central sem que fosse realizada uma avaliação sobre as necessidades de saúde das populações locais, o que resultava na fragmentação da assistência e no baixo impacto nos indicadores da saúde da mulher (BRASIL, 2004).

Somado a isso, havia uma forte corrente de pensamento que considerava o crescimento demográfico como o responsável pela degradação ambiental e como vilão do desenvolvimento econômico e social do planeta. Inclusive, baseado nisso, os EUA formularam uma política de ajuda aos países latino-americanos, cuja condição para obtenção de ajuda econômica era a adoção, por parte do país solicitante, de estratégias voltadas à redução do crescimento populacional (COSTA, 1999).

Perante esse contexto, programas criados pelo governo eram vistos com desconfiança pela sociedade. Um exemplo é o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), elaborado pelo Ministério da Saúde em 1977, que previa a oferta de contracepção às mulheres com risco gestacional. Entretanto, o PPGAR não foi bem recebido pela sociedade, que

entendeu a estratégia voltada ao controle demográfico, já que os chamados critérios de risco assinalavam um controle de nascimentos entre a população pobre e negra (COSTA, 1999).

Porém, diante do vácuo de políticas públicas sólidas, na década de 1970 e 1980, por parte do Ministério da Saúde, instituições privadas sem fins lucrativos, como a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), ganharam espaço com o discurso dominante da redução da população nos países periféricos como instrumento de combate à pobreza e à violência urbana (ALVES, 2017).

A partir do cenário descrito acima, é instaurada em 1984 uma Comissão Parlamentar de Inquérito no Senado Federal para investigar, problemas vinculados ao aumento populacional brasileiro (Figura 1).

Figura 1 - Ata 255ª Sessão Extraordinária, 1984

Dezembro de 1984	DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL (Seção 11)	Quinta-feira 6 5019
O SR. PRESIDENTE (Lenoir Vargas) — A Presidência convoca os Srs. Senadores para uma sessão extraordinária a realizar-se hoje, às 12 horas e 44 minutos, com a seguinte	ORDEM DO DIA — 1 — Discussão, em turno único, da redação final do Parecer da Comissão de Redação em seu Parecer nº 864, de 1984, do Projeto de Resolução nº 92, de 1984, que suspende a execução dos artigos 2º, 2º e 7º do Decreto nº	20.637, de 31 de outubro de 1970; dos artigos 2º e 2º da Lei nº 7.329, de 28 de dezembro de 1979, e do Item IV, nº VIII, letra "a", da Tabela anexa à referida Lei, do Estado do Rio Grande do Sul. O SR. PRESIDENTE (Lenoir Vargas) — Nada mais havendo a tratar, está encerrada a sessão. (Levantou-se a sessão às 12 horas e 42 minutos.)
Ata da 255ª Sessão, em 5 de dezembro de 1984 2ª Sessão Legislativa Ordinária, da 47ª Legislatura - EXTRAORDINÁRIA - Presidência do Sr. Lenoir Vargas		
ÀS 12 HORAS E 45 MINUTOS, ACHAM-SE PRESENTES OS SRs SENADORES: Jorge Kalume - Alvezir Leal - Mário Maia - Fábio Lucena - Raimundo Parente - Claudionor Roriz - Galvão Modesto - Aloysio Chaves - Gabriel Hermes - Hélio Guicini - Alexandre Costa - João Castelo - José Sarney - Alberto Silva - Helvidio Nunes - João Leão - Almir Pinto - José Lima - Virgílio Távora - Carlos Alberto - Moacyr Duarte - Martins Filho - Humberto Lucena - Marcondes Gadelha - Milton Cabral - Adolpho Jurema - Cid Sampaio - Marco Maciel - Guilherme Palmeira - Carlos Lyra - Luiz Cavalcante - Albano Franco - Passos Pôrto - Juracy Magalhães - Lomanto Júnior - Luiz Viana - João Calmon - José Ignacio Ferreira - Moacyr Dalla - Amílcar Pereira - Nelson Carneiro - Roberto Saturnino - Hamar Franco - Morvan Azevedo - Alfredo Campos - Amarel Furlan - Fernando Henrique Cardoso - Severo Gomes - Benedito Ferreira - Henrique Santillo - Mauro Borges - Benedito Canales - Gasildo Müller - Roberto Campos - José Fraga Jr. - Marcelo Miranda - Saldanha Derzi - Afonso Camargo -	COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DESTINADA A INVESTIGAR OS PROBLEMAS VINCULADOS AO AUMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO RELATÓRIO E SÍNTESE DOS DEPOIMENTOS COMPOSIÇÃO DA CPI Presidente: Senador Mário Maia (PMDB - AC) Vice-Presidente: Senador Claudionor Roriz (PDS - RO) Relator: Senador Almir Pinto (PDS - CE) Membros Efetivos: Senador João Leão (PDS - PE) Senador Marcondes Gadelha (PDS - PB) Senador Adolpho Jurema (PDS - PE) Senadora Eunice Michiles (PDS - AM) Senador Hélio Guicini (PMDB - PAI) Senador Jaison Barreto (PMDB - SC) Membros Suplentes:	6 - Dr. Carmem Barroso, Pesquisadora da Fundação Carlos Chagas 7 - Dr. Márcio Barreto, Presidente da Associação Médica Brasileira 8 - Ministro Dan do Venturini, Ministro Extraordinário para Assuntos Fundiários e Secretário-Geral do Conselho de Segurança Nacional 9 - Dr. Munio Belchior, Presidente do Conselho Federal de Medicina 10 - Ministro Waldir Arcovede, Ministro de Estado da Saúde 11 - Prof.ª Maria Sulpício, Socióloga 12 - Ministra Esther de Figueiredo Ferraz, Ministra da Educação e Cultura 13 - Prof. José Aristodemos Pinotti, Reitor da Universidade 14 - Dr. Hélio Aguiar, Presidente do Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança - Cepume 15 - Ministro Waldyr de Vasconcelos, Ministro-Chefe do EMFA 16 - Senhora Leal Leal, Presidente da LBA 17 - Senhora Maria de Lurdes de Albuquerque, Presidente da Associação de Mulheres do Brasil

Fonte: Senado Federal.

A CPI denunciava a falta de um efetivo programa de planejamento familiar:

Uma dessas questões de longo prazo, para qual, até agora o Governo Federal não se dispôs a encaminhar a alternativa de solução, refere-se ao nosso crescimento populacional, das suas conseqüências para o desenvolvimento sócio econômico da Nação e também da necessidade de se implantar no País um Programa Nacional de Planejamento Familiar que inclua o fornecimento de informação e educação além de necessária prestação de serviços. (Ata 255ª Sessão Extraordinária, 1984).

Como resposta a essa questão, a CPI apresentou a proposta do Ministério da Saúde para a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983. Este programa é marcado pelo rompimento com a visão tradicional acerca da saúde da mulher, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução. Entretanto, Osis (1998) chama a atenção para o fato de que, paradoxalmente, o PAISM também marca a primeira vez que o Estado brasileiro inclui um programa que propõe e implanta, oficialmente, embora de modo parcial, a questão do planejamento familiar, ou seja, o controle da reprodução.

Começa então, um debate entre grupos de mulheres, alguns setores dentro de partidos políticos, membros do setor acadêmico em geral e da categoria médica acerca dos pontos positivos e negativos do PAISM.

Um dos avanços do PAISM é o seu compromisso voltado à integralidade das ações de saúde e o respeito à autonomia reprodutiva das mulheres. Assim, são valorizadas as práticas de educação em saúde e sexualidade, entendidas como instrumentos para disseminar as informações e possibilitar reflexão crítica às mulheres para a eleição de métodos contraceptivos. Além disso, o programa recomenda que a atenção ao planejamento familiar seja realizada sob as diretrizes do princípio da integralidade da assistência à saúde (COSTA, 2009).

Todavia, na década de 90, com o surgimento do SUS, o PAISM é influenciado pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. Assim, estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas (BRASIL, 2004).

Diante dessas dificuldades, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001), estabelecendo para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a configuração de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (BRASIL, 2004).

Assim, percebe-se a preocupação do PAISM em garantir a implementação das suas propostas. Entretanto, também é observado pela sociedade que há um grande foco na questão do planejamento familiar e para as situações relacionadas à atividade sexual, gravidez, parto,

puerpério e contracepção. Somado a isso, os críticos afirmavam que a exclusão do homem no PAISM não comprometia apenas a integralidade e universalidade do Programa, mas indicava fortemente sua intenção controlista oculta. Isto porque o homem só estaria sendo lembrado quando se falava da vasectomia, e apenas quando a mulher estivesse impedida de usar outras formas de anticoncepção (OSIS, 1998).

São apontadas no PAISM várias lacunas como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas. Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher do MS identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, são elas: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2004).

Para superar as lacunas do PAISM, foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (Ministério da Saúde, 2004). A política incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2004).

A inclusão da atenção ao abortamento inseguro e do enfoque de gênero e do combate à violência doméstica e sexual foi essencial para a construção de uma área técnica da saúde da mulher com atuação mais completa. Em um primeiro momento, a violência pode aparentar ser apenas uma questão do âmbito social, jurídico e de segurança pública. Entretanto, percebe-se como o fenômeno também afeta a área da saúde quando os serviços da assistência se deparam com pacientes que apresentam lesões, traumas físicos e emocionais, e até mesmo mortes em consequência de atos violentos, que podem ter ocorrido uma única vez ou ao longo de um período de tempo. Em relação às mulheres, a violência aparece como um agravo que causa mais mortes que doenças como o câncer (BRASIL, 2005a).

A PNAISM afirma que a violência sexual é um dos principais indicadores da discriminação de gênero contra a mulher e que a violência sexual e/ou doméstica é um grave problema de saúde pública. Segundo o documento, uma pesquisa da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelou que dentre as mulheres agredidas, foram relatados problemas de saúde

como dores ou desconforto severo, problemas de concentração e tontura. Nesse grupo também foi mais comum a tentativa de suicídio e maior frequência do uso do álcool (BRASIL, 2004).

Outro aspecto evidenciado pela PNAISM é a importância da divulgação do programa de atendimento à mulher vítima de violência para garantir a chegada precoce na rede de saúde pelas vítimas de violência. A chegada até 72 horas após a violência sexual no serviço de saúde, permite a profilaxia das IST/HIV/Aids e da gravidez pós-estupro (BRASIL, 2004).

Sobre o abortamento em condições de risco, a PNAISM reconhece que a situação de ilegalidade na qual o aborto é realizado no Brasil, afeta a existência de estatísticas confiáveis que subsidiem a implementação de políticas públicas mais precisas para as diferentes realidades regionais e faixas etárias, nas quais a gravidez indesejada é mais prevalente. O documento também afirma que o aborto realizado em condições de risco frequentemente é acompanhado de complicações severas, agravadas pelo desconhecimento desses sinais pela maioria das mulheres e da demora em procurar os serviços de saúde que, na sua maioria, não estão capacitados para esse tipo de atendimento (BRASIL, 2004).

A PNAISM chama a atenção para o problema da violência institucional que as mulheres em situação de abortamento podem se deparar nos serviços de saúde. Cita, por exemplo, o retardo do atendimento, a falta de interesse das equipes em escutar e orientar as mulheres ou mesmo a discriminação explícita com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas. Pela representação simbólica da maternidade, como essência da condição idealizada do ser mulher e da realização feminina, o aborto pode sugerir uma recusa da maternidade e por isso pode ser recebido de forma negativa por parte dos profissionais de saúde (BRASIL, 2004).

No caso específico do aborto legal por violência sexual, a percepção dos profissionais de saúde sobre o tema pode até mesmo inviabilizar a concretização de um direito. O aborto legal por violência sexual é permitido até a 20ª ou 22ª semana de gravidez ou se o feto pesar até 500 gramas. Entretanto, para ter acesso ao procedimento, as mulheres precisam passar por um verdadeiro “inquérito”/calvário que investiga a verdade do acontecimento da violência e produz os sentidos para a definição da mulher como vítima (DINIZ *et al.*, 2014).

Assim, percebe-se a necessidade da elaboração de documentos que sirvam para orientar os profissionais de saúde, mas também para proteger e assegurar o direito ao aborto legal às mulheres usuárias do SUS.

4.1 O ABORTO LEGAL POR VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL

Ao longo dos anos, foi criado um arcabouço institucional e jurídico que norteou a implementação dos serviços de aborto legal no Brasil. Em 1940, foi publicado pelo presidente Getúlio Vargas o Código Penal Brasileiro, onde consta o artigo 128 que prevê duas possibilidades para que o aborto seja permitido: em casos de risco para a vida da mulher e de estupro. Entretanto, é importante frisar que, embora o direito ao aborto legal estivesse presente no Código, não havia hospitais que realizassem o procedimento até 1989, período do fim da ditadura militar (SENAPESCHI; VIEIRA; MARIANO, 2021).

Setenta e dois anos depois que o Código Penal Brasileiro foi publicado, o Supremo Tribunal Federal, por meio de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 54 (2012), concedeu o direito ao aborto de fetos anencéfalos, aumentando para três os permissivos legais.

Também foram publicados pelo Ministério da Saúde diversos documentos que versam sobre o tema do aborto legal com o intuito de orientar e auxiliar profissionais da saúde da assistência e da gestão para a devida organização de tais serviços. Dentre eles, destacam-se a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2011) e a Norma Técnica de Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2005b), e a Portaria mais recente nº 2.561/2020.

A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento apresenta o aborto como um problema de saúde pública e uma das causas de mortalidade materna que pode ser evitável se a mulher tiver acesso a serviços seguros. A Norma Técnica expõe como apesar de todas as mulheres estarem diante da questão da ilegalidade da intervenção, as que não possuem condição financeira para arcar com o custo de um aborto sem risco estão mais propensas a recorrerem a estratégias inseguras que resultem em mortes maternas por abortamento (BRASIL, 2005b). Heilborn *et al.*, (2012) ressaltam a importância de reconhecer o fator social da ilegalidade do aborto, já que a disponibilidade de mecanismos para burlar a lei e ter acesso ao procedimento com maior ou menor facilidade e segurança está de acordo com a situação de classe das pessoas envolvidas.

Assim, a Norma Técnica busca aprimorar a atenção às mulheres em situação de abortamento através da inclusão de um modelo humanizado baseado em: “atenção de qualidade ao abortamento e suas complicações”, “acolher, orientar e informar”, “planejamento reprodutivo”, “integração com serviços de atenção à saúde da mulher” e “parceria com a comunidade” (BRASIL, 2005b).

A perspectiva de um atendimento humanizado da Norma Técnica se apoia na Portaria nº 1.508/2005 que dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Portaria cita a não obrigatoriedade da apresentação do Boletim de Ocorrência pelas vítimas de estupro para sua submissão ao procedimento de interrupção da gravidez no âmbito do SUS (BRASIL, 2005).

Todavia, a Portaria 1.508/2005 foi revogada em 27 de agosto de 2020, quando o atual governo publicou a Portaria nº 2.282/2020, a qual consta que a equipe médica deverá informar acerca da possibilidade de visualização do feto ou embrião por meio de ultrassonografia e que seria obrigatória a notificação à autoridade policial pelo médico, demais profissionais de saúde ou responsáveis pelo estabelecimento de saúde que acolheram a paciente nos casos em que houver indícios ou confirmação do crime de estupro. Tal Portaria foi vista como um retrocesso por apresentar condutas que podem ser um obstáculo para que mulheres vítimas de violência sexual busquem os serviços de saúde.

Diante da recepção negativa, a Portaria nº 2.282/2020 foi revogada e o Ministério da Saúde publicou em 23 de setembro de 2020, a Portaria nº 2.561, em que retira a necessidade de oferecimento de visualização da ultrassonografia do feto em uma das etapas prévias ao procedimento do aborto legal, porém mantém a obrigatoriedade da notificação à autoridade policial pela/o médica/o, demais profissionais de saúde ou responsáveis pelo estabelecimento de saúde que acolheram a paciente nos casos em que houver indícios ou confirmação do crime de estupro. Também foi mantida a necessidade de preservação, pelos profissionais da saúde, dos indícios probatórios do crime (CEPIA, 2020).

A Portaria nº 2.561/2020 também contraria a Norma Técnica de Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2005b). Segunda esta Norma Técnica, a exigência de apresentação do Boletim de Ocorrência para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal. Além disso, afirma que o atendimento de pessoas em situação de violência sexual exige o cumprimento dos princípios de sigilo e segredo profissional.

A atualização da Norma Técnica de Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2012) discorre sobre a necessidade de elaboração de fluxogramas para dar agilidade ao processo de atendimento e para estabelecer um atendimento unificado com os diferentes profissionais da equipe, visando proteger a mulher da necessidade de repetir uma história traumática diversas vezes. A Norma Técnica discorre que a humanização implica numa relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto.

Em contrapartida, a Portaria nº 2.561/2020 se atenta em elencar uma série de procedimentos administrativos que a mulher que busca o serviço de aborto legal terá que se submeter, reforçando uma ideia de que a burocratização do aborto legal é mais importante do que um atendimento humanizado. Vale ressaltar que as normativas recentes emanam de um governo contrário ao direito assegurado em lei, que pretende dificultar tal acesso e sua realização no SUS.

No âmbito das legislações, também é válido destacar:

- O Decreto nº 7.958/2013 que estabelece as diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de Segurança Pública e da Rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Pode-se citar como exemplo dessas diretrizes: a promoção de capacitação de profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS para atender vítimas de violência sexual de forma humanizada, garantindo a idoneidade e o rastreamento dos vestígios coletados;
- A Lei 12.845/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, estabelecendo a obrigação dos estabelecimentos de saúde de garantir a profilaxia para evitar a gravidez e o fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis;
- A Portaria GM/MS nº 1.271 de 06 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Esta portaria obriga as instituições a notificarem à Vigilância Epidemiológica sobre os casos de violência sexual e tentativa de suicídio, em até 24 horas.

5 AVANÇOS E DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO ABORTO LEGAL POR VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), violência sexual é “qualquer ato sexual, tentativa de consumir um ato sexual ou outro ato dirigido contra a sexualidade de uma pessoa por meio de coerção, por outra pessoa, independentemente de sua relação com a vítima e em qualquer âmbito” (OPAS; OMS, 2022, online). Já o estupro é uma das formas de violência sexual e é definido pela Lei nº 12.015/2009 como “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (BRASIL, 2009, online).

Segundo o Instituto de Segurança Pública (ISP), a cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2020, teve 1.286 casos de estupros contra mulheres registrados nas delegacias. Destes, 31% das vítimas tinham idade entre 0 a 11 anos, 22,4% entre 12 a 17 anos, 24,6% entre 18 e 29 anos, 17,4% entre 30 a 59 anos, 1,2% entre 60 anos ou mais e 6,6% não continham informação quanto à faixa etária da vítima (ISP, 2022).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), alimentado a partir das informações das fichas de notificação preenchidas pelos profissionais de saúde no momento do atendimento, é outro recurso para se obter dados sobre estupro, já que possui uma ficha exclusiva para violência interpessoal e autoprovocada. Segundo o SINAN, 1.463 casos de estupros foram notificados no município do Rio de Janeiro, no ano de 2020. Destes casos, 1.330 corresponde ao sexo feminino como vítima. Em relação à raça/cor 30% das mulheres que passaram por esta violência eram brancas, 19,8% pretas, 40,8% pardas, 0,9% amarelas, 0,4% indígenas e 8,1% das fichas não possuíam a informação sobre este campo (RIO DE JANEIRO, 2022).

Chama a atenção o fato de que mulheres pretas e pardas juntas correspondem a 60,6% das vítimas de casos de estupros, ou seja, mais da metade das mulheres que sofreram violência sexual no município do Rio de Janeiro em 2020, de acordo com as notificações do SINAN são mulheres negras.

Em entrevista concedida para o Instituto Patrícia Galvão, a defensora pública do Estado do Rio de Janeiro, Flávia Nascimento, explica que as mulheres negras são as mais afetadas por conta do racismo estrutural (Instituto Patrícia Galvão, 2021). Os dados mostram que essas mulheres sofrem as violências mais graves, dentre elas o estupro, as violências sexuais, o feminicídio e o homicídio. De acordo com a defensora, as mulheres negras não acessam as políticas públicas de bem-estar social, têm menos acesso à informação e

provavelmente vão ter mais medo de buscar as instituições da segurança pública, do sistema de justiça, para ter garantido um direito, quando este é violado.

Outro exemplo de informação que a ficha apresenta é o do autor da agressão. De acordo com as notificações, 12,9% dos casos de estupros contra mulheres foram cometidos por um cônjuge, ex-cônjuge, namorado ou ex-namorado, 22,7% por um amigo ou conhecido, 8,2% pelo pai e 8,3% pelo padrasto. Observa-se que estes autores totalizam 52,1% dos casos. Já 30,4% correspondem a alguém desconhecido da vítima, 3,0% a mãe, irmão, madrasta, cuidador, patrão/chefe, policial agente da lei e pessoa com relação institucional. A autoria da agressão com ‘outros vínculos’ apresenta 12,4% dos casos e ‘ignorado/branco’ representa 2,1% (RIO DE JANEIRO, 2022).

As principais vítimas da violência sexual são as mulheres. O Anuário Brasileiro de Segurança Pública divulgou que no ano de 2020 a maioria das vítimas de estupro no Brasil, 86,9%, foi do sexo feminino (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021). Estas mulheres podem se deparar com lesões, gravidez indesejada, disfunção sexual, e/ou infecções sexualmente transmissíveis, como o HIV, além de danos causados à saúde mental, como a ansiedade, a depressão e tentativas de suicídio (SOUZA; ADESSE, 2005).

Com o intuito de diminuir as chances de ocorrência de algumas dessas conseqüências do estupro, a Norma Técnica de Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes indica que deve ser realizado em até 72 horas após a violência a administração da anticoncepção de emergência e a profilaxia para as infecções sexualmente transmissíveis, doenças virais e bacterianas. Entretanto, devido às falhas na anticoncepção de emergência, apesar das altas taxas de eficácia destas, e para mulheres que não procuraram os serviços de saúde em tempo hábil, a gravidez indesejada pode ocorrer (MACHADO *et al.*, 2015).

Cabe ressaltar que, de acordo com a OMS, a administração de contracepção de emergência em até 120 horas (5 dias) após o intercuro ainda confere proteção, embora o maior tempo decorrido se traduza em tendência a menor efeito protetor (OMS, 2005).

Para os casos em que a gravidez se concretize, é essencial que os profissionais e serviços de saúde estejam preparados para acolher, orientar e informar as mulheres sobre os seus direitos. Se for da escolha da vítima da violência sexual, ela pode realizar no Sistema Único de Saúde um aborto até a 20ª ou 22ª semana de gravidez ou até o feto pesar 500 gramas.

Entretanto, também vale destacar, que de acordo nota oficial da Rede Médica pelo Direito de Decidir (*Global Doctors for Choice/Brasil*), publicada no dia 18 de agosto de 2020, não existe idade gestacional limite para o aborto previsto em lei no Brasil. O conceito de

aborto induzido é ignorado pela maioria dos livros, textos nacionais e acaba seguindo os parâmetros para o aborto espontâneo que é frequentemente associado ao peso fetal (500 gramas) e à idade gestacional (20-22 semanas). O que também é um equívoco por não contemplar os constantes avanços em terapia intensiva neonatal, que modificam o limite da viabilidade fetal. Segundo a nota (*Global Doctors for Choice/Brasil*, 2020), o aborto, mesmo nas idades gestacionais mais avançadas, é marcadamente mais seguro do que o parto e é urgente a necessidade de uma revisão nos documentos do Ministério da Saúde.

A Cartilha de direitos sexuais e reprodutivos do Ministério da Saúde publicada em 2005, afirma que o Brasil é signatário de documentos advindos das Conferências das Nações Unidas que consideram o aborto como grave problema de saúde pública e recomendam que os países revisem as leis que penalizam a prática do aborto inseguro, evitando assim danos à saúde ou até mesmo a morte. Sendo assim, a Cartilha reconhece a necessidade de garantir o acesso, a qualidade e a ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei, assim como, um atendimento humanizado para as mulheres em processo de abortamento (BRASIL, 2005c).

Entretanto, apesar dos documentos que visam garantir o aborto previsto em lei para casos de estupro, a institucionalização de práticas humanizadas ainda enfrenta como obstáculos a reprodução dos estereótipos de gênero e a ausência de fluxos de atendimentos que evitem a violação de direitos das mulheres no SUS (MOREIRA *et al.*, 2020).

Diante desse contexto, nota-se na rotina de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) situações que indicam as dificuldades que ocorrem no processo de implementação do aborto legal por violência sexual nos serviços de saúde do município. Sendo assim, serão analisados os avanços e desafios evidenciados por duas iniciativas de trabalho que ocorreram no interior da instituição, as quais despertaram minha atenção como residente em treinamento: a elaboração de uma metodologia de sensibilização de profissionais de saúde para o atendimento ao aborto legal nas maternidades públicas municipais e a atuação do Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências (NPSPV) em um caso de gravidez decorrente de violência sexual.

Como antes dito, a escolha por essas iniciativas se justificou pela residente vinculada ao programa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), ter sido apresentada à proposta de metodologia de sensibilização de profissionais de saúde no decorrer de seu treinamento profissional e ter participado do processo de organização de uma rede de apoio para a orientação de um caso de gravidez

decorrente de violência sexual durante o período em que realizou o campo prático na SMS – RJ.

5.1 UMA METODOLOGIA DE SENSIBILIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O TEMA DO ABORTO LEGAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A metodologia de sensibilização dos profissionais de saúde foi desenvolvida por um Grupo de Trabalho (GT), coordenado pela Superintendência de Maternidade da SMS – RJ e composto por psicólogas, assistentes sociais e enfermeiros de três maternidades da rede municipal. O objetivo da iniciativa foi qualificar o atendimento às vítimas de violência sexual e ampliar o acesso ao aborto legal nas maternidades municipais (MUDJALIEB, 2020).

A implantação da metodologia ocorreu entre outubro de 2017 e outubro de 2018 e contou com três etapas (MUDJALIEB, 2020):

- a) Oficina de trabalho – Reuniões com gestores e equipe multidisciplinar das maternidades para alinhamento quanto às normas técnicas, diretrizes e legislações sobre violência sexual e aborto legal. Além disso, foi realizada a discussão de casos sobre mulheres que buscaram o atendimento.
- b) Sensibilizações nas maternidades – Nas oficinas de trabalho foram criados grupos multiplicadores em todas as 12 maternidades da rede municipal com a intenção que este grupo divulgue os protocolos e fluxos acordados entre os profissionais das instituições. Para auxiliar neste trabalho, foi elaborado um folder com orientações sobre atendimento à vítima de violência sexual e aborto legal. Somado a isso, também foram realizadas atividades de sensibilização com a equipe médica.
- c) Monitoramento - O GT realizou visitas às maternidades e aplicou um questionário para avaliar o funcionamento das instituições, o qual continha os seguintes itens: fluxos e protocolos de atendimento elaborados, acolhimento e classificação de risco implementados, oferta de exames e medicações, oferta de atendimento multiprofissional, atividades para discussão de casos, notificação dos casos nos sistemas de informação, métodos para realizar aborto legal, alegação de objeção de consciência, organização de grupo multiplicador e das sensibilizações. O monitoramento deverá acontecer a cada dois anos.

Mudjalieb (2020) apresenta como resultado do processo de aplicação da metodologia de sensibilização dos profissionais de saúde, a ampliação do número de maternidades

municipais que realizam o aborto legal por violência sexual. O número de maternidades com casos de aborto legal por violência sexual passou de **4** no ano de 2017 (59 procedimentos realizados), para **7** no ano de 2018 (106 procedimentos realizados) e **10** no ano de 2019 (63 procedimentos realizados entre janeiro e julho).

Além disso, a partir do monitoramento foi possível identificar os desafios que ainda precisam ser enfrentados para que a implementação do serviço de aborto legal por violência sexual seja aprimorado nas instituições municipais. Seguem cinco desafios evidenciados:

1. Mapeamento incipiente sobre objeção de consciência

A objeção de consciência foi relatada de maneira informal pelos grupos multiplicadores, mas não há um consolidado sobre a sua frequência na rotina de atendimentos (Mudjalieb, 2020).

Apesar de ser um direito assegurado ao profissional, baseado na liberdade de religião, consciência e pensamento, o direito de se recusar a realizar um procedimento por razões morais não é absoluto (BRANCO *et al.*, 2020). A gestão da instituição tem como responsabilidade se atentar para posturas de profissionais que possam ser interpretadas como julgamento e preconceito (Machado *et al.*, 2015), informar as mulheres sobre os seus direitos e, em caso de objeção de consciência, garantir que o aborto legal seja realizado por outro profissional ou serviço (MOREIRA *et al.*, 2020).

Se um mapeamento da ocorrência da objeção de consciência nos serviços de saúde for realizado, é possível traçar estratégias para garantir que a mulher não fique sem atendimento. Diniz (2013) afirma que não é correto citar a liberdade de pensamento e expressão para que a objeção de consciência seja também considerada um direito absoluto e universal e que para o acesso ao aborto previsto em lei não seja negado, é necessário existir medidas de regulação e prevenção, como a montagem de escalas de trabalho sem profissionais objetores e a não participação destes profissionais em práticas contrárias às suas consciências.

2. Desconhecimento das normativas

O desconhecimento das normativas foi outra dificuldade citada pelos profissionais de saúde das maternidades da rede municipal da cidade do Rio de Janeiro.

O Ministério da Saúde elaborou diversas normas técnicas e instrutivos que têm como finalidade apoiar a prática profissional na atenção à saúde das mulheres. Todavia, ainda existem muitos profissionais que desconhecem esses materiais. Além disso, os profissionais de saúde afirmam não se sentir preparados para atuar na questão da violência sexual por existir

lacunas entre as concepções teóricas e as estratégias operacionais decorrentes de abordagens superficiais na formação acadêmica e a ausência de uma educação permanente mais robusta (MOREIRA *et al.*, 2018).

Assim, observa-se que para o pleno funcionamento dos serviços de aborto legal, além da produção de normas técnicas e materiais educativos é necessário que seja realizado um treinamento com os profissionais e que haja certa permanência dos integrantes da equipe (FARIAS; CAVALCANTI, 2012).

3. Fluxos ainda em construção e a serem implantados em alguns serviços

A ausência de um fluxo para os casos de aborto legal por violência sexual, evidenciada pelo trabalho de monitoramento, é um ponto que merece atenção, pois prejudica a qualidade da assistência. Segundo a norma da técnica de atenção humanizada ao abortamento “recomenda-se que os serviços de saúde elaborem normas ou rotinas internas, incluindo-se fluxogramas e procedimentos, com a finalidade de enfatizar e promover o compromisso dos profissionais e da instituição” (BRASIL, 2011, p. 33). O fluxograma determina a forma que a mulher será recebida no serviço, as etapas que ela percorrerá dentro da instituição e qual será o seguimento após a realização do procedimento.

Essa sistematização possibilita que o atendimento seja feito de forma eficiente e que um maior número de mulheres consiga ser atendida, já que com um planejamento será mais difícil que ocorra atrasos e insatisfações com o atendimento. O processo de elaboração do fluxograma possibilita que as dificuldades do serviço de saúde sejam identificadas e, assim, que soluções para essas questões sejam criadas (RODRIGUES *et al.*, 2019).

4. Fragilidade no encaminhamento das usuárias após aborto

A equipe de saúde, além de agendar uma consulta para um determinado período após o aborto, também pode encaminhar as vítimas de violência sexual para outros serviços de saúde, como atenção primária de saúde e centro de atenção psicossocial.

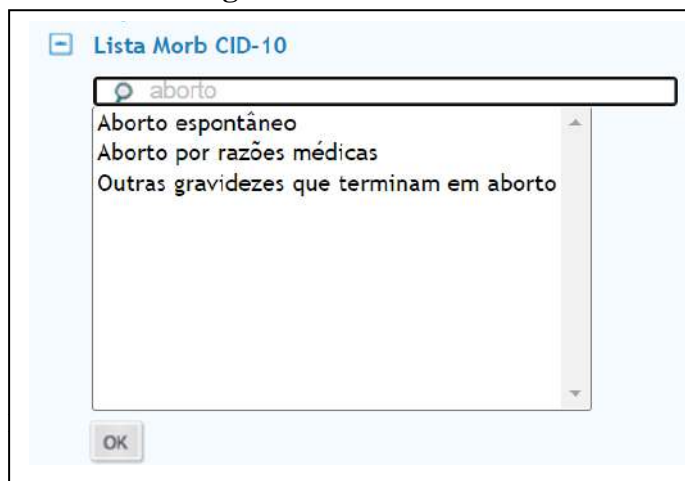
Além disso, pode ser feito o encaminhamento para serviços da rede intersetorial, como a delegacia de atendimento às mulheres, centros de referências da mulher, centro de referência da assistência social, casas-abrigo, dentre outros. Entretanto, para que isso ocorra é preciso promover a integração e articulação dos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência (CAVALCANTI *et al.*, 2012). Ou seja, é necessário que ocorra um treinamento junto aos profissionais de saúde para apresentá-los a rede intersetorial e intrasetorial presente no município do Rio de Janeiro.

5. Desalinhamento entre os dados registrados nos sistemas

Para consultar o quantitativo de abortos realizados por razões médicas ou legais no SUS, é usado o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Este sistema é de domínio público e pode ser acessado no site do Tabnet/DATASUS. No entanto, não há no SIH/SUS a especificação da situação que levou à realização do abortamento, se foi por violência sexual, risco à vida da mulher ou anencefalia do feto. Segue abaixo o passo a passo para acessar o SIH/SUS (BRASIL, 2017):

- 1º passo) Acessar o link: <http://tabnet.datasus.gov.br>;
- 2º passo) Clicar em Epidemiológicas e Morbidade;
- 3º passo) Clicar em Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS);
- 4º passo) Clicar em Geral, por local de internação – a partir de 2008 e, então, selecionar a UF desejada;
- 5º passo) - Em Linha: selecionar o local;
 - Em Conteúdo: selecionar AIH aprovadas;
 - Em Períodos disponíveis: selecionar o período desejado;
 - Em Lista Morb CID-10, selecionar Aborto por razões médicas (código 004)

Figura 2 - Lista de Morb CID - 10



6º passo) Clicar em Mostra.

Entretanto, existe um desalinhamento entre o SIH/SUS e a planilha de indicadores perinatais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que não é de domínio público. Seguem as tabelas com informações dos dois sistemas (MUDJALIEB, 2020).

Figura 3 - Tabela 1

Tabela 1				
Aborto por razões médicas e legais. Internações hospitalares efetuadas no Município e no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2015-2018.				
	2015	2016	2017	2018
Município do Rio de Janeiro	77	65	84	80
Estado do Rio de Janeiro	355	219	95	89

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS (Dados preliminares. <http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?sihsus/intern.def>).

Fonte: Mudjalieb (2020).

Figura 4 - Tabela 2

Tabela 2				
Número de maternidades com casos de aborto legal por violência sexual e número de procedimentos realizados no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2016-2019.				
	2016	2017	2018	2019 *
Número de maternidades com casos de aborto legal por violência sexual	2	4	7	10
Número de abortos legais por violência sexual	53	59	106	63

Fonte: planilha de Indicadores perinatais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (dados preliminares não publicados).
* Período de janeiro a julho.

Fonte: Mudjalieb (2020).

Observa-se que na tabela 1, referente ao SIH/SUS, constam menos abortos realizados do que na tabela 2, referente à planilha de indicadores perinatais da SMS-RJ. Vale chamar a atenção que esta planilha apresenta o número de abortos legais por violência sexual, já o SIH/SUS apresenta abortos legais por violência sexual e outros tipos de abortos por razões médicas e legais. Sendo assim, há uma inconsistência nos dados do SIH/SUS. Mudjalieb (2020) cita como hipóteses para essa discrepância entre os dados, o maior registro das interrupções nos outros permissivos legais além da violência sexual e a alimentação ainda inconsistente do sistema de informação.

Vale chamar a atenção para a dificuldade de se obter dados sobre aborto legal. Não há no site institucional da Secretaria Municipal de Saúde informações relativas a esse procedimento, e como os dados públicos do SIH/SUS são inconsistentes, há uma carência de

dados sobre o tema, o que acarreta em problemas como a controvérsia na estimativa do número de abortos no Brasil (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020).

Além dos dados citados acima, não é possível encontrar em documentos oficiais do governo, de domínio público, informações sobre o perfil das mulheres que realizaram aborto no país. Além disso, também é de desconhecimento da população em quais estabelecimentos o procedimento pode ser feito. Segundo relatório elaborado pelo Artigo 19 (2018): “Não existe uma lista pública, de fácil acesso e amplamente publicizada dos hospitais públicos e maternidades que de fato oferecem o serviço. Com algumas exceções, é difícil encontrar essas informações através de fontes oficiais”.

Para se ter acesso aos hospitais que realizam o aborto legal por violência sexual no município do Rio de Janeiro é preciso seguir os passos abaixo:

1º passo) Acessar o site <http://cnes2.datasus.gov.br/>;

2º passo) Clicar em Relatório – Serviços Especializados;

3º passo) Preencher os campos de acordo com a imagem abaixo:

Figura 5 - Consulta Serviços Especializados

Descrição	Total
165 - ATENÇÃO AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA SEXUAL	10
TOTAL	10

Fonte: CNES.

4º passo) Clicar em descrição para especificar quais são as instituições que realizam o procedimento de aborto legal por violência sexual, no município do Rio de Janeiro;

Figura 6 - Indicadores Serviços Especializados

Indicadores - Serviços Especializados			
Estado: RIO DE JANEIRO			
Município: RIO DE JANEIRO			
Tipo de Serviço:			
Serviço Especializado: ATENÇÃO AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL			
Classificação: ATENÇÃO A INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ NOS CASOS PREVISTOS EM LEI			
Existem 10 registros na tabela - Mostrando página 1 de 1			
CNES	Estabelecimento	CNPJ	CNPJ Mantenedora
9654151	SMS COORD DE EMERGENCIA REGIONAL CER REALENGO AP 51		29468055000102
2270390	SMS HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO AP 33	29468055000706	29468055000102
2298120	SMS HOSPITAL MUNICIPAL ALBERT SCHWEITZER AP 51		29468055000102
7041624	SMS HOSPITAL MUNICIPAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO AP 51		29468055000102
2295407	SMS HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA AP 52		29468055000102
7027397	SMS MATER MARIA AMELIA BUARQUE DE HOLLANDA AP 10		29468055000102
2280248	SMS MATERNIDADE CARMELA DUTRA AP 32	29468055009088	29468055000102
2269945	SMS RIO HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING	29468055009169	29468055000102
2270714	SMS RIO HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHAES	29468055000617	29468055000102
2270269	SMS RIO HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO	29468055000374	29468055000102

Fonte: CNES.

Vale evidenciar que não constam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) duas maternidades municipais, as do Hospital Municipal Pedro II e a Maternidade Leila Diniz. Reforça-se a necessidade de se criar um canal institucional de fácil acesso à população que contenha informações atualizadas sobre os direitos das mulheres quanto ao aborto legal por violência sexual e que divulgue os serviços de saúde que realizam tal procedimento.

Fica evidente, pelo exposto acima, a necessidade de realizar o monitoramento a cada dois anos, como proposto pela metodologia acima descrita, para verificar o status das questões levantadas. Sobre isto, em 2020, ocorreu o 2º ciclo de monitoramento, porém devido à pandemia de Covid-19, não foi possível realizá-lo de forma presencial.

Desse modo, todas as 17 maternidades da cidade do Rio de Janeiro, as onze municipais, duas federais e quatro universitárias, preencheram um questionário enviado pela Superintendência de Maternidade em formato Google Forms. O monitoramento constatou que em torno de 80% das maternidades estão realizando o aborto legal por violência sexual, as onze maternidades municipais e três universitárias. Todas as maternidades municipais e duas universitárias referem estar com fluxos formalizados e disponíveis nos setores e que não houve mudança no fluxo de atendimento às vítimas de violência sexual durante a pandemia de COVID-19, somente adequações em relação às normas e medidas de segurança sanitária. Em 70% são identificados profissionais que alegam objeção de consciência. Sobre os grupos

multiplicadores desenvolvidos a partir do trabalho da metodologia de sensibilização dos profissionais, quase 60% das maternidades contam com um grupo multiplicador, ou seja, 10 maternidades municipais. Além disso, também informaram que estão realizando sensibilizações com os profissionais, que inclui: promoção de encontros regulares ou periódicos com os profissionais que atuam nas maternidades, equipes de saúde e de apoio, incluindo recepcionistas, seguranças, administrativos e de serviços gerais; e desenvolvimento de estratégias de multiplicação das informações, alcance e orientações, especialmente aos novos profissionais (MUDJALIEB, 2021).

Apesar das limitações da pandemia de COVID-19, a qual impossibilitou um monitoramento presencial, observa-se com os dados levantados através dos formulários online Google Forms que os avanços ocasionados pela metodologia permanecem, as maternidades municipais continuam realizando em sua totalidade o aborto legal por violência sexual e contam com fluxo de atendimento atualizado.

É importante também destacar, que além dos resultados apresentados acima, a metodologia de sensibilização dos profissionais de saúde criada pelo Grupo de Trabalho (GT) coordenado pela Superintendência de Maternidade da SMS – RJ serviu como base para a criação de um Guia para gestores e profissionais de saúde para ampliação do acesso ao aborto legal.

O Guia foi elaborado pela psicóloga Amanda Mudjalieb, da Superintendência de Maternidade da SMS – RJ, com o apoio de integrantes do Grupo Curumim, de Recife, Pernambuco (a enfermeira Paula Viana), da Rede Médica pelo Direito de Decidir (o médico Cristiano Rosas) e do Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher – CLADEM (a advogada Beatriz Galli) e tem como objetivo apoiar a implementação de aborto legal no SUS.

O documento apresenta um passo a passo detalhado para a aplicação da metodologia, sendo eles divididos em: mobilização de atores sociais e vontade política, organização do processo de sensibilização, oficina de trabalho, monitoramento das ações, elaboração de material de apoio, sensibilizações locais nos serviços e monitoramento das ações. Infelizmente, embora alguns exemplares da versão digital tenham sido impressos (imagens do guia estão no anexo desta monografia), o material não foi disponibilizado para a rede de saúde. Porém, está disponível ao público pela internet³, e conta ainda com: exemplo de programação para a

³ O guia pode ser consultado aqui: <https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Guia-para-gestores-e-profissionais-de-sau%CC%81de-para-ampliac%CC%A7a%CC%83o-do-acesso-ao-aborto-legal.pdf>

oficina de sensibilização sobre assistências às vítimas de violência sexual e aborto legal; e um questionário de monitoramento sobre violência sexual e aborto legal.

5.2 ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE PROMOÇÃO DA SOLIDARIEDADE E PREVENÇÃO DAS VIOLÊNCIAS (NPSPV) EM UM CASO DE GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) criou uma política pública que buscava estratégias que pudessem ajudar a minimizar os impactos da violência na saúde. Assim, surgiu a portaria nº 936 que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios (BRASIL, 2004).

Em atendimento à portaria do MS nº 936/2004, surgiu a resolução da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) nº 1499, de 15 de outubro de 2009 (Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, 2009), que estabelece o Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências (NPSPV) como um núcleo coordenador e promotor de ações colegiadas e intersetoriais no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS – RJ).

A partir da resolução municipal foram estabelecidas as competências do NPSPV, aqui transcritas (Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2009):

- a) Elaborar, acompanhar e monitorar o Plano Municipal de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências - PMPSPV;
- b) Mobilizar parceiros intra e intersetoriais para o desenvolvimento do PMPSPV;
- c) Desenvolver metodologias para avaliação da implementação do PMPSPV;
- d) Promover e participar de redes sociais e ações intersetoriais que contribuam para a prevenção da violência e a promoção da solidariedade e da saúde;
- e) Qualificar e articular a rede de atenção à saúde das pessoas vivendo em situações de violência;
- f) Desenvolver ações de prevenção da violência e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis, com ênfase na violência intrafamiliar;
- g) Desenvolver estratégias que contribuam para a capacitação dos profissionais de saúde para o trabalho de prevenção da violência e promoção da solidariedade em parceria com as instituições de ensino;

- h) Estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas estratégicas;
- i) Incentivar a implantação e implementação da notificação de maus-tratos e outras violências, estimulando a integração destas informações com aquelas produzidas por outros sistemas de informações, disponibilizando-as para a rede de assistência e proteção;
- j) Disseminar conhecimentos e práticas bem sucedidas e inovadoras, bem como promover o intercâmbio de experiências;
- k) Promover a integração com o Núcleo Estadual de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde, com o Ministério da Saúde e as instituições acadêmicas que apóiam o trabalho da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde.

A resolução da SMSDC/RJ nº 1499/2009 (Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2009) também definiu que o grupo de trabalho do NPSPV fosse coordenado pela Coordenação de Políticas e Ações Intersetoriais (S/SUBPAV/SPS/CPAI) e composto por representantes da SMSDC e por parceiros estratégicos na Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e na Sociedade Civil.

Assim, seguindo a orientação da resolução, ao longo dos anos o núcleo estabeleceu diversas parcerias:

Por se tratar de tema complexo e transversal foi importante, ao longo dos anos da implantação do NPSPV, o envolvimento das diferentes áreas técnicas da SMS-RJ e parceiros estratégicos externos, como: Instituto Pereira Passos (IPP), Secretaria Municipal da Educação (SME), Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social (SMDS), Coordenadoria de Promoção de Políticas para a Igualdade de Gênero, Coordenadoria Especial de Diversidade Sexual (CEDS), Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelida Fundação Oswaldo Cruz (CLAVES – Fiocruz), Comitê Internacional da Cruz Vermelha, entre outros. (SILVA *et al.*, 2016, p. 54).

Já a resolução SMS/RJ nº 3114, de 08 de novembro de 2016 (Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2016) discorreu sobre a criação do Grupo Articulador de Violência (GAR). Segundo a resolução, compete a cada Coordenação de Área de Planejamento Programática formalizar a representação de profissionais que atuam nas linhas de cuidado, nos ciclos de vida, na saúde mental, na vigilância em saúde, na prevenção das violências e promoção da saúde e da cultura da paz, no fortalecimento das redes de cuidado e de proteção social (intra e intersetoriais). Seguem as competências abaixo transcritas:

I - Elaborar o diagnóstico regional, através da análise e consolidação dos dados da ficha de notificação individual, violência interpessoal/autoprovocada (SINAN) e outras fontes de informação;

- II - Elaborar um plano de ação para a prevenção e o enfrentamento das violências e acidentes nos respectivos territórios;
- III - Fortalecer a estruturação da linha de cuidado para atenção integral às pessoas em situação de violência em todos os níveis de assistência à saúde;
- IV - Articular os serviços e a rede local para o planejamento, implantação e avaliação de ações para a prevenção e o enfrentamento das violências/acidentes;
- V - Qualificar e articular a rede de atenção à saúde as pessoas em situação de violência/acidentes nos respectivos territórios;
- VI - Desenvolver ações de promoção da saúde, estímulo à cultura de paz, prevenção das violências; e incentivar estratégias de mediação de conflitos com ênfase aos segmentos populacionais mais vulneráveis nas respectivas áreas;
- VII - Promover e participar de redes sociais, fóruns, colegiados, conselhos de direitos, reuniões e ações intersetoriais que contribuam para a promoção da saúde e da solidariedade e de prevenção das violências regionalmente;
- VIII - Desenvolver e apoiar redes de proteção social nos respectivos territórios;
- IX - Desenvolver ações de educação permanente junto aos profissionais de saúde e rede de apoio para as pessoas em situação de violência/acidentes;

Atualmente, o NSPSPV conta com a atuação ativa de quatro Superintendências da SMS – RJ, são elas: a Superintendência de Atenção Primária (SAP), a Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS), a Superintendência de Saúde Mental (SSM), e a Superintendência de Promoção da Saúde (SPS).

Passemos, agora, à análise de uma situação de gravidez decorrente de violência sexual no município do Rio de Janeiro e seu enfrentamento no âmbito institucional, tomando este exemplo como um momento pedagógico para aprendizados e superação dos obstáculos que porventura existam para que outras situações semelhantes possam ser devidamente encaminhadas no futuro.

A questão chegou no âmbito da gestão da SMS-RJ, no dia 16 de abril de 2021, por meio da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada enviada por uma unidade de saúde para o e-mail da Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis, da Superintendência de Vigilância em Saúde (GVDANT/SVS).

Tratava-se de uma adolescente, de 13 anos, negra, moradora da cidade do Rio de Janeiro, com gestação de 13 semanas decorrente de uma violência sexual. Em sua trajetória de vida, possuía relatos de violência intrafamiliar, violência autoprovocada e ideação suicida. Ela já havia passado por situação de abrigo institucional, com dificuldade de se vincular a

uma determinada unidade de saúde, tendo frequentado clínicas da família e maternidades de diferentes áreas programáticas do município do Rio de Janeiro.

Ao receber a ficha de notificação deste evento de gravidez decorrente de estupro, a GVDANT a encaminhou para outros setores importantes no processo de seguimento deste caso. Na situação em questão, a ficha foi encaminhada para Superintendência de Maternidade (SM), Superintendência da Atenção Primária (SAP), especificamente para a Área Técnica da Saúde da Mulher e para a Área Técnica da Saúde da Criança e do Adolescente, para a Superintendência de Promoção à Saúde (SPS), para Superintendência de Saúde Mental (SSM) e para o Grupo Articulador de Violência (GAR) da Coordenadoria da Área Programática (CAP) referente à residência da adolescente.

Diante da complexidade da situação, foi sugerido pela SM e pela GVDANT a realização de uma reunião com os serviços da assistência, freqüentados pela adolescente, para a discussão do problema. A primeira reunião foi agendada para o dia 25 de maio de 2021, após novos relatos de violência autoprovocada e ideação suicida sofridos por ela, além de manifestação de conflito por parte da adolescente sobre realizar ou não o aborto legal.

Devido à pandemia de Covid-19, participaram da reunião, em formato online, além das superintendências citadas acima, os serviços de saúde pelos quais a adolescente passou, os GAR's das Coordenadorias das Áreas Programáticas dos mesmos serviços e o Conselho Tutelar.

Durante o encontro remoto, algumas questões chamaram minha atenção: uma profissional de saúde de uma maternidade apresentava dúvidas relativas ao aborto legal, quando a vítima da violência sexual era menor de idade e em situação de abrigo institucional; demais profissionais da atenção primária à saúde iniciaram o pré-natal da adolescente, como se fosse uma gestação sem as particularidades de uma violência sexual sofrida, por exemplo, presenteando a adolescente com uma bolsinha de “kit enxoval”.

No final da reunião, foram realizados os encaminhamentos necessários e criado um grupo de whatsapp para aproximar os serviços de saúde que cuidavam dela. O desenvolvimento deste episódio resultou na adolescente sendo acompanhada por uma rede de apoio, formada pelas instituições de saúde por ela frequentadas, durante toda a sua gestação e a criação de vínculo da adolescente com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPSI).

Pode-se considerar como pontos positivos da atuação do NSPSPV neste evento, a organização de uma reunião que resultou na criação de uma rede de apoio para a vítima. Como a adolescente frequentava clínicas da família e maternidades de diferentes áreas programáticas da cidade do Rio de Janeiro, era preciso que o nível central entrasse em cena e ajudasse na

aproximação dos serviços da assistência, para que fosse traçado um plano de trabalho em conjunto e uma tentativa de fixar a adolescente em determinadas instituições. Vale ressaltar que a partir desse trabalho em equipe foi possível vincular a adolescente ao CAPSI, algo que já havia sido tentado antes sem sucesso.

Além disso, é importante ressaltar que mesmo durante a pandemia de Covid-19 foi possível estruturar uma ação das diversas instituições de saúde envolvidas. Esse fator merece destaque, pois durante a pandemia foi observado que mulheres em busca de aborto legal por violência sexual tiveram o acesso aos seus direitos negado, apesar da recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) de considerar como essenciais os serviços destinados à saúde sexual e reprodutiva. O Hospital Pérola Byington, por exemplo, referência para atenção às mulheres vítimas de violência sexual no estado de São Paulo, chegou a suspender o serviço de aborto legal em março de 2020, retomando no mesmo mês após pedido da justiça paulista (SENAPESCHI; VIEIRA; MARIANO, 2021).

Todavia, também é possível observar alguns desafios que deverão ser superados na condução de situações semelhantes. Um deles é a demora para a articulação entre as superintendências, tendo em vista ser o prazo permitido em lei para o aborto legal entre a 20ª e a 22ª semana de gestação. O tempo entre a comunicação do evento pela assistência e o agendamento da reunião pelo nível central da SMS-RJ foi de um mês e 10 dias. Durante esse período, a gestação passou de 13 semanas para 18 semanas. Além disso, durante esse hiato de tempo a adolescente sofreu outra violência (autoprovocada).

Entretanto, é compreensível essa dificuldade de articulação de ações intersetoriais, devido à falta de recursos humanos e da ausência dessa pauta de maneira mais sólida nos instrumentos de gestão. O nível central é considerado pela assistência um elo entre os serviços de saúde, contudo, segundo pesquisa realizada por Silva e Tavares (2016), a gestão conta com poucos recursos para desempenhar este trabalho.

Apesar desses obstáculos, o NSPSPV conta com um grupo de trabalho intitulado GT seguimento que possui como proposta realizar o acompanhamento de casos que necessitam de uma articulação do nível central. Sendo assim, a gravidez da adolescente em questão pode ser considerado um projeto piloto e uma oportunidade para aperfeiçoar os mecanismos desta articulação institucional.

Outro desafio é a falta de treinamento dos profissionais de saúde para lidarem com a questão da violência sexual. No exemplo aqui trazido, a adolescente ganhou do serviço de saúde uma bolsinha de “kit enxoval”, mesmo demonstrando não ter certeza se gostaria de

manter ou não a gestação. Esta atitude merece atenção porque pode influenciar no processo de decisão da vítima. Somado a isso, também surgiram dúvidas quanto ao aborto previsto em lei ser factível quando a vítima é menor de idade e em situação de acolhimento institucional.

Todavia, são dúvidas que merecem atenção porque, infelizmente, os casos de violência sexual contra crianças e adolescentes não são exceções. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2021), a maioria das vítimas de estupro é da faixa etária entre 10 a 13 anos (28,9%). De acordo com o Dossiê Mulher, do Instituto de Segurança Pública, no ano de 2018, ocorreram 4.543 casos de estupro no estado do Rio de Janeiro, 44% dos agressores eram do convívio da vítima e 70% das vítimas eram menores de idade (ISP, 2019).

Em agosto de 2020, o caso de uma menina de 10 anos, no Espírito do Santo (ES), com gestação decorrente de violência sexual foi manchete em vários veículos de mídia no país. A menina sofria violência sexual desde os 6 anos de idade, praticada pelo tio, condenado pela justiça. No Código Penal Brasileiro, relações sexuais com menores de 14 anos, independente da comprovação de discernimento ou não da vítima, ou de quaisquer outras circunstâncias, é tratado como estupro de vulnerável.

Entretanto, mesmo sendo garantido por lei o seu direito ao aborto legal, o Hospital de São Mateus (ES) recusou-se a realizar o procedimento alegando que a menina estava com 22 semanas e 4 dias de gestação e o peso do feto em torno de 534g, o que estaria contrário à norma técnica para a atenção humanizada ao abortamento. Assim, a criança teve que viajar até Recife (PE), no nordeste do país, para ter acesso a um serviço de saúde de referência que aceitasse realizar o aborto previsto em lei. Vale lembrar que ocorreram manifestações religiosas contrárias ao aborto em frente ao hospital que realizou tal procedimento (SENAPESCHI; VIEIRA; MARIANO, 2021).

Há uma ferramenta muito útil para os profissionais da saúde quando há dúvidas quanto às questões jurídicas sobre o aborto legal. Trata-se do guia “Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violências: Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde” (BRASIL, 2005d). Segundo este documento, é considerado incapaz a pessoa menor de 16 anos e, neste caso, é necessário a autorização dos responsáveis legais para que o procedimento de aborto legal ocorra. Entretanto, se a gestante tiver condições de discernimento e puder exprimir a sua vontade, deverá assinar o consentimento também.

O guia ressalta que o Estatuto da Criança e do Adolescente consagra o princípio do respeito à opinião e à vontade das crianças e dos adolescentes. Sendo assim, se ocorrer uma divergência entre a vontade dos representantes legais e da adolescente, mesmo menor que 16 anos, o Ministério Público deve ser acionado a fim de resolver a situação (BRASIL, 2005d).

Sobre a questão dos representantes legais, vale destacar que, na situação aqui abordada, os profissionais de saúde tiveram que lidar com a posição contrária da mãe da adolescente em relação ao aborto legal. As duas possuíam uma relação de conflito, marcada por relatos de violência e abandono, acarretando, inclusive, no fato da adolescente ter passado um período em situação de abrigamento institucional. Porém, após a descoberta da gravidez, ocorreu uma reaproximação entre elas e a mãe da adolescente encorajou a filha a manter sua gestação. Durante uma das consultas que a equipe de saúde conseguiu agendar com ambas presentes, a mãe demonstrou irritabilidade quando a adolescente cogitou a opção do aborto legal.

Essa oposição da mãe ao procedimento, somado à atenção que a adolescente estava recebendo tanto por parte de sua mãe, quanto pelos serviços de saúde pode ter influenciado em sua decisão de manter a gestação. Ela chegou a relatar que esta era a primeira vez que ela se sentia tão cuidada em sua vida. Observa-se, então, que outro desafio que a área da saúde pode lidar são as questões sociais e psíquicas que atravessam a vida de famílias em situação de vulnerabilidade social que estão desamparadas pelo Estado.

Estas questões reforçam a necessidade da sensibilização contínua dos profissionais de saúde, em andamento no município do Rio de Janeiro. É imprescindível que este trabalho não seja interrompido, visto a complexidade das situações, às recusas de profissionais em realizar o procedimento, a existência de muitas dúvidas nas instituições de saúde diante do tema do aborto legal por violência, sem mencionar a intensa rotatividade de profissionais nas instituições de saúde. Segundo Cavalcanti *et al.*, (2012), é necessário investimento e ampliação das atualizações e acompanhamentos continuados de profissionais treinados, tanto da gestão quanto da assistência.

Além disso, nota-se que é essencial realizar este trabalho não só nas maternidades, mas também na atenção primária à saúde (APS). Este nível de atenção vem desempenhando um papel importante no aconselhamento e dispensação de contraceptivos ou na oferta de testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis. Entretanto, a participação da APS na assistência às mulheres que buscam o aborto legal ainda é pouco explorada no Brasil, tanto nas políticas públicas quanto no debate acadêmico (MAIA, 2020).

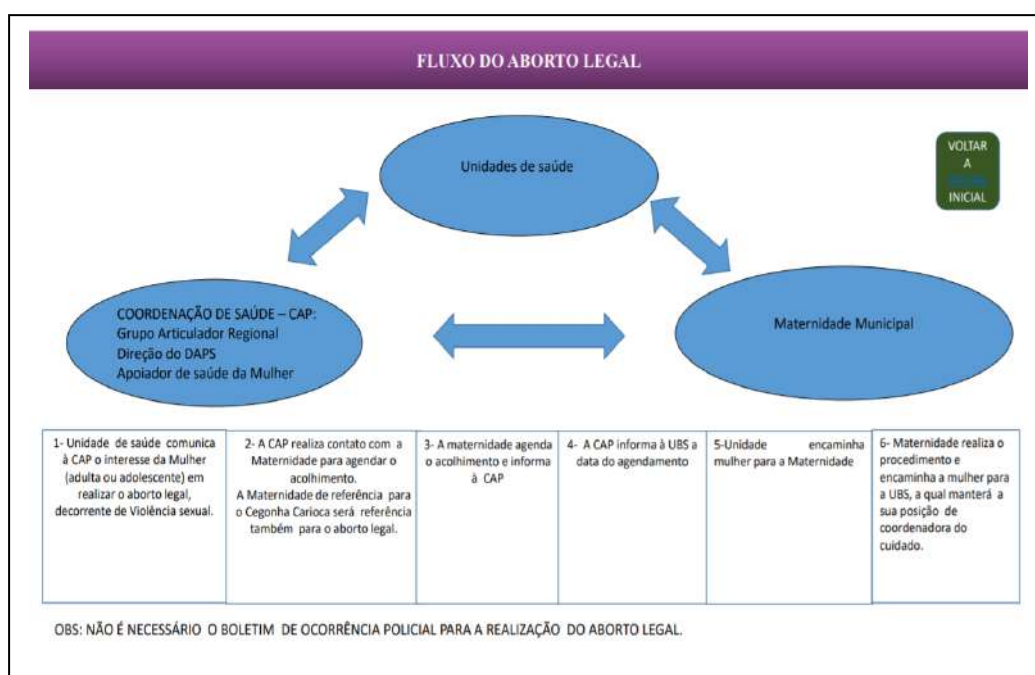
A APS é a porta de entrada de muitas mulheres aos serviços de saúde, sendo assim, este nível de atenção pode ser o primeiro a ter conhecimento sobre uma violência sexual sofrida por uma mulher, bem como o primeiro a informá-la sobre os seus direitos e sobre a rede de apoio existente no município. Inclusive, o próprio pré-natal pode ser um espaço onde se poderá identificar uma possível violência sofrida pela gestante. Também é importante frisar a possibilidade da APS estabelecer um vínculo mais estreito com as pacientes. O que por um

lado pode ser positivo porque ocasiona em uma maior confiança da vítima para relatar um abuso vivido, porém, por outro lado, como o serviço está inserido no território de residência dos usuários, muitas vezes a unidade de saúde terá alguma proximidade com o próprio agressor, o que pode ocasionar receio por parte dos profissionais de saúde em lidar com o tema da violência na instituição.

Percebe-se então, o quanto é essencial que os profissionais da atenção primária também sejam treinados para lidar com o tema da violência, tanto em relação à abordagem pós-violência quanto para as atividades de prevenção e de educação em saúde, já que a dinâmica da atenção básica permite que grupos de reflexão sejam criados junto à população para debater temas como saúde sexual, saúde reprodutiva, planejamento familiar, maternidade, paternidade, violência dentre outros.

Em relação ao encaminhamento para o procedimento do aborto legal por violência sexual pela APS, um avanço foi a criação, pela Área Técnica da Saúde da Mulher da SMS-RJ, de um fluxo de encaminhamento dos casos que forem atendidos nas unidades de saúde. Segue abaixo:

Figura 7 - Fluxo do Aborto Legal na SMS-RJ



Fonte: SMS-RJ.

Enfim, para concluir este capítulo, também é importante ressaltar que para que mais avanços sejam alcançados e mais desafios sejam superados, é necessário que o NSPSPV consiga incluir a pauta do aborto legal por violência sexual nos espaços das suas reuniões

internas e também de eventos externos. O núcleo é um órgão onde diferentes áreas da SMS-RJ podem atuar juntas e, assim, fortalecer e enriquecer a luta para a expansão do serviço de interrupção legal de gestação decorrente de estupro, no município do Rio de Janeiro.

É preciso reconhecer, claro, a dificuldade de conseguir abordar este assunto considerado tabu pela sociedade. Esse contexto pode gerar por parte dos profissionais de saúde o medo do estigma de “aborteiros” (FARIAS; CAVALCANTI, 2012), ainda mais em períodos em que o conservadorismo moral está em extrema evidência.

Um exemplo dessa realidade foi a exoneração da equipe da área técnica da saúde da mulher do Ministério da Saúde, após a publicação da norma técnica nº16/2020 (BRASIL, 2020), que orienta os serviços de saúde no contexto da pandemia de Covid-19 a fim de garantir o acesso integral à saúde da mulher, em especial, a saúde sexual, saúde reprodutiva e a saúde materno-infantil no SUS (SENAPESCHI; VIEIRA; MARIANO, 2021).

Biroli e Miguel (2016) afirmam que atualmente o debate sobre o aborto é conduzido pelos grupos conservadores e os fundamentalistas religiosos estão conquistando cada vez mais espaço. Assim, como resultado, hoje no Congresso Nacional há mais iniciativas legislativas que representam retrocessos na legislação vigente, do que iniciativas que implicariam avanços.

Diante deste cenário, é compreensível o receio dos profissionais de saúde de aprofundarem a discussão sobre o tema tanto na gestão, quanto na assistência à saúde. Todavia, também é essencial a consciência de que se este tema não for trabalhado em diversas áreas da sociedade, inclusive na saúde, os avanços não irão ocorrer e os direitos que já foram conquistados estarão em constante perigo.

Assim, um grande desafio para o NSPSPV é inserir a discussão sobre o aborto legal por violência sexual na sua rotina de trabalho interna e conseguir pensar em estratégias de abordar o tema com a APS, nível de atenção para o qual as atividades do núcleo são voltadas. Uma metodologia de sensibilização de profissionais de saúde voltada para à APS, por exemplo, é uma das consequências que a superação desse desafio poderia desencadear.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito deste trabalho foi evidenciar o status do serviço de implementação do aborto legal por violência sexual no município do Rio de Janeiro. Neste sentido, a análise de duas iniciativas realizadas pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro buscou exemplificar alguns pontos em que a rede municipal avançou e quais ainda necessitam de atenção.

Na análise da metodologia da sensibilização dos profissionais de saúde, criada com o objetivo de qualificar o atendimento às vítimas de violência sexual e ampliar o acesso ao aborto legal nas maternidades municipais, observa-se como um dos avanços o trabalho em conjunto que foi realizado entre a Superintendência de Maternidade da SMS – RJ e psicólogas, assistentes sociais e enfermeiros de três maternidades municipais para o desenvolvimento da metodologia.

Além disso, a criação de oficinas de trabalho, onde ocorreram discussão de casos de violência sexual e a apresentação de normas técnicas e portarias, também foi essencial visto que muitos profissionais de saúde ainda desconhecem documentos que podem auxiliá-los na condução dos casos.

Somado a isso, as sensibilizações nas maternidades ocasionaram a criação de grupos multiplicadores nas instituições que possuem como finalidade a divulgação dos protocolos e fluxos acordados entre os profissionais das maternidades. Outros pontos positivos foram a realização do monitoramento, com o objetivo de avaliar o funcionamento das instituições e identificar obstáculos existentes que prejudicam a qualidade do serviço e a criação de um guia que apresenta o passo a passo para a implementação da metodologia.

Em relação aos desafios, a fase de monitoramento da metodologia identificou que há um mapeamento incipiente sobre objeção de consciência por parte dos profissionais de saúde das maternidades municipais, desconhecimento das normativas, fluxos ainda em construção e a serem implantados em alguns serviços, fragilidade no encaminhamento das usuárias após aborto e desalinhamento entre os dados registrados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e a planilha interna com o quantitativo de procedimentos de aborto legal por violência sexual realizados, da Superintendência de Maternidade da SMS-RJ.

Outra iniciativa realizada pela SMS-RJ analisada neste trabalho foi a atuação do Núcleo de Promoção e Solidariedade e Prevenção das Violências (NPSPV) na sistematização de uma rede de apoio para um caso de gravidez decorrente de violência sexual. Para isto, foi feita uma breve apresentação sobre o NPSPV, uma exposição sucinta do caso e ponderações

sobre a organização, coordenada pelo núcleo, de uma rede de apoio formada pelos serviços de saúde frequentados pela adolescente.

Sobre os pontos da atuação do NSPSPV pode ser citada a organização de uma reunião que resultou na criação de uma rede de apoio para a vítima e a estruturação desta iniciativa de forma a atender as limitações impostas pela pandemia de Covid-19 e, ao mesmo tempo, garantir ações voltadas para a resolução da situação em questão.

Já os desafios observados foram a demora para que uma articulação, para discussão do caso, entre as superintendências ocorresse, a falta de treinamento dos profissionais da assistência para lidar com a questão da violência sexual, demonstrando a necessidade do nível central oferecer capacitação não só nas maternidades, mas também na atenção primária, e a necessidade do NPSPV incluir nos espaços das suas reuniões internas e também de eventos externos, a pauta do aborto legal por violência sexual.

Para concluir, é importante frisar que o objetivo deste trabalho em exemplificar iniciativas que ilustramos avanços e desafios da implementação do aborto legal por violência sexual no município do Rio de Janeiro foi reforçar a importância de manter os progressos já conquistados nesta pauta pela SMS-RJ e a necessidade de criar ações que busquem superar as dificuldades ainda existentes. Assim, as mulheres que tiveram seu corpo violentado e desejam interromper uma gestação decorrente desta violência poderão exercer o seu direito sem precisar passar por outras situações traumáticas que resultariam em mais sofrimento e angústia.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Andrea Moraes. Memória da esterilização feminina: um estudo geracional. **Sociologia & Antropologia**, v. 7, n. 1, p. 187-207, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/2238-38752017v718>.
- BIROLI, Flávia; MIGUEL, Luis. Aborto, democracia e laicidade. In: BIROLI, Flávia; MIGUEL, Luis Felipe (org.). **Aborto e democracia**. São Paulo: Alameda, 2016. p. 9-16.
- BRANCO, July Grassiely de Oliveira *et al.* Objeção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais acerca do abortamento legal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, supl. 1, e00038219, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00038219>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>. Acesso em: 5 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-23-de-setembro-de-2020-279185796>. Acesso em: 5 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.271 de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2014. Acesso em 5 fevereiro 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 5 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 12.845, de 1 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.html. Acesso em: 5 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.html. Acesso em: 5 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 12.015, de 7 de agosto 2009. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.html. Acesso em: 5 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3. ed. atual. ampl., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf. Acesso em: 5 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência**: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia.pdf. Acesso em: 5 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html. Acesso em: 5 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Senado Federal. Ata 255º Sessão Extraordinária, 1984.

CARDOSO, Bruno Baptista; VIEIRA, Fernanda Morena dos Santos Barbeiro; SARACENI, Valeria. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, supl. 1, e00188718, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>.

CAVALCANTI, Ludmila *et al.* Atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro. **O Social em Questão**, v. 15, n. 28, 99-124, 2012. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/6artigo.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2022.

CIDADANIA, ESTUDO, PESQUISA, INFORMAÇÃO E AÇÃO - CEPIA. Nota de repúdio à nova portaria do Ministério da Saúde que impõe entraves à realização de procedimento previsto em lei de interrupção de gravidez em caso de estupro. **CEPIA**, 2020. Disponível em: http://cepia.org.br/wp-content/uploads/2020/09/Segunda_Nota-de-rep%C3%BAdio-aa-Nova-Portaria-do-MS_def1.pdf. Acesso em: 5 fev. 2022.

COSTA, Ana Maria. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. *In*: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 319-335.

COSTA AM, Bahia L, Conte D. A Saúde da Mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para as mulheres no Brasil. **Revista Saúde em Debate**, 2007; 31(75/76/77):13-24 . Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345310003.pdf>>.

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400014>.

DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares – SIH. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 5 fev. 2022.

DINIZ, Débora. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1704-1706, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE010913>.

DINIZ, Debora *et al.* A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 291-298, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422014222010>.

FARIAS, Rejane Santos; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1755-1763, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700014>.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Os registros de violência sexual durante a pandemia de covid-19. **Fórum Segurança**, 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/7-os-registros-de-violencia-sexual-durante-a-pandemia-de-covid-19.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2022.

HEILBORN, Maria Luiza *et al.* Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 12, p. 224-257, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-64872012000600010>.

INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA - ISP. Monitor de Violência. Disponível em: <http://www.ispvisualizacao.rj.gov.br/Monitoramento.html>. Acesso em: 5 fev. 2022.

INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA - ISP. Dossiê da Mulher. 2019. Disponível em: http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/DossieMulher2019.pdf. Acesso em: 5 fev. 2022.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. Acesso 7 de maio de 2022. Disponível em <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia-em-dados/rj-57-das-vitimas-de-estupro-sao-mulheres-negras/>.

MACHADO, Carolina Leme *et al.* Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 345-353, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00051714>.

MAIA, Melanie. Oferta de aborto legal na atenção primária à saúde: uma chamada para ação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, 2727, 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2727/1591>. Acesso em: 5 fev. 2022.

MOREIRA, Gracyelle Alves Remigio *et al.* Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, e180895, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180895>.

MUDJALIEB, Amanda Almeida. Relato de experiência sobre ampliação do acesso ao aborto legal por violência sexual no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, supl. 1, e00181219, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00181219>.

MUDJALIEB, Amanda Almeida *et al.* Guia para gestores e profissionais de saúde para ampliação do acesso ao aborto legal. 2019. Disponível em: <https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Guia-para-gestores-e-profissionais-de-sau%CC%81de-paraampliac%CC%A7a%CC%83o-do-acesso-ao-aborto-legal.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2022.

MUDJALIEB, Amanda Almeida. 2º Ciclo de Monitoramento sobre Violência Sexual e Aborto Legal – 2020. Apresentação Power Point. Superintendência de Hospitais Pediátricos e Maternidades/ SMS RJ - Maio de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS; Organização Pan-Americana da Saúde - PAHO. Contracepção de emergência: evidências versus preconceitos. **Uso Racional de Medicamentos**, v. 2, n. 6, 2005. Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/HSE_URM_COE_0505.pdf. Acesso em: 5 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – PAHO; Organização Mundial da Saúde - OMS. Violência contra as mulheres. **PAHO**, [2020?]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>. Acesso em: 5 fev. 2022.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, supl.1, p. S25-S32, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>.

REDE MÉDICA PELO DIREITO DE DECIDIR. **Guia para gestores e profissionais de saúde**: passo a passo para ampliar o acesso ao aborto legal por violência sexual nos serviços do SUS. [S. l.]: Rede Médica Pelo Direito de Decidir, [2019]. Disponível em: <https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Guia-para-gestores-e-profissionais-de-sau%CC%81de-para-ampliac%CC%A7a%CC%83o-do-acesso-ao-aborto-legal.pdf>. Acesso: 5 fev. 2022.

REDE MÉDICA PELO DIREITO DE DECIDIR | GLOBAL DOCTORS FOR CHOICE/BRASIL. **Cinco lições que o Brasil deve aprender com o caso da menina de apenas 10 anos do Espírito Santo**. 2020. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1BtG0DH2ymjWuQpzYg7iZiNl5FQPjjo0u/view?fbclid=IwAR00-bjxpd50PWYzc5YqqTvhjwf7grAhOFE4BS1qCkY28oA-cM5GMTi470Q>

RIO DE JANEIRO (Município). Tabnet municipal. Disponível em: <http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sinan/definicoes/violencias.def>. Acesso em: 5 fev. 2022.

RIO DE JANEIRO (Município). Resolução nº 1499, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a criação do Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências (NPSPV).

Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro: Poder Judiciário, Rio de Janeiro, p. 30, 2009. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/85092563/dom-rj-normal-22-10-2009-pg-30>. Acesso em: 5 fev. 2022.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SMS/RJ nº 3114, de 08 de novembro de 2016. Dispõe sobre a criação do Grupo Articulador de Violência (GAR). **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro:** Poder Judiciário, Rio de Janeiro, p. 34, 2016. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/130211829/dom-rj-normal-09-11-2016-pg-34>. Acesso em: 5 fev. 2022.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Fluxo do aborto legal. Acesso em 5 de fevereiro 2022. Disponível em <https://subpav.org/logar.php> (Figura 6)

RODRIGUES, Rosiane Pinheiro *et al.* Fluxograma Descritor do processo de trabalho: ferramenta para fortalecer a Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe. 6, p. 109-116, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S610>.

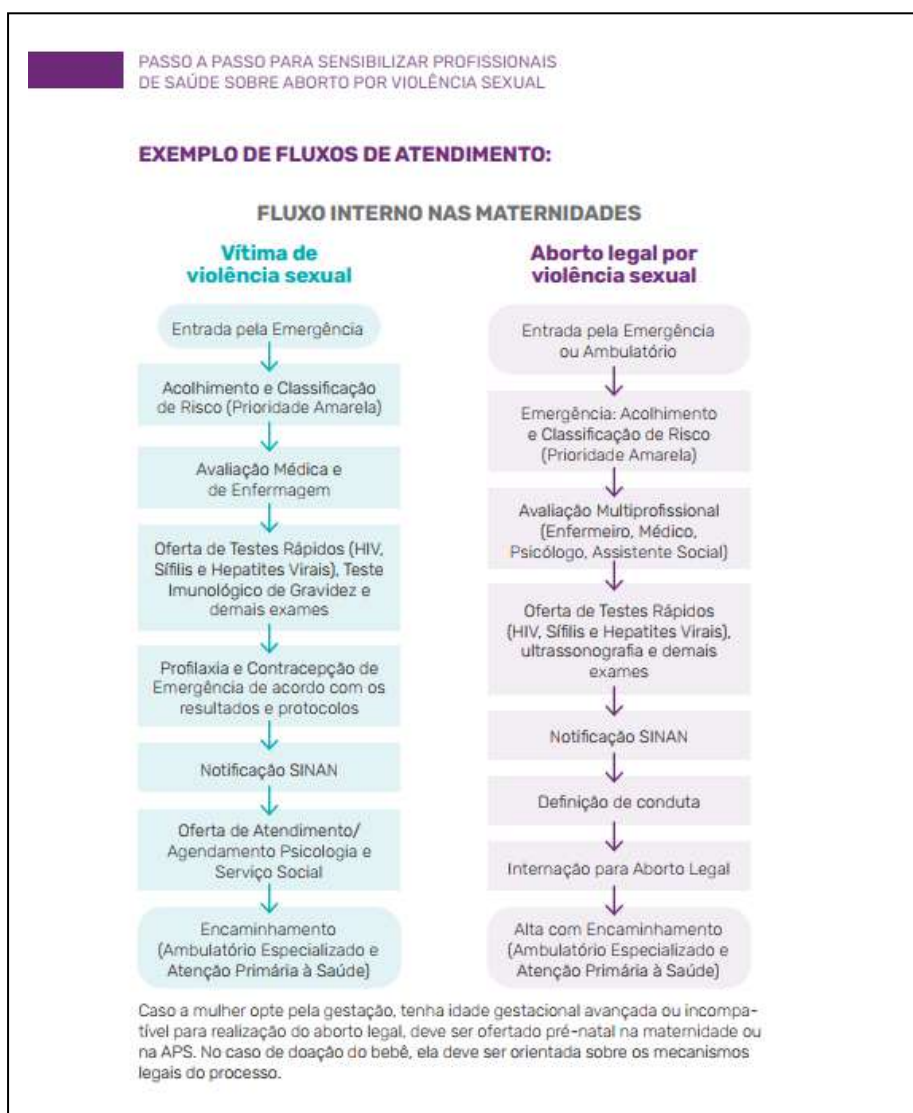
SENAPESCHI, Emilia *et al.* Aborto Legal, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Pandemia de COVID-19. **Revista Feminismo**, v. 9, n. 1, jan./abr. 2021. Disponível em: www.feminismos.neim.ufba.br. Acesso: 5 fev. 2022.

SILVA, Denise *et al.* O processo de estruturação no Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências e dos Grupos Articuladores Regionais do Rio de Janeiro: 20 anos de trajetória. *In:* RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Enfretamento da Violência:** Contribuições da Secretaria de Saúde para a Cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SMS, 2016. 54 p. Disponível em: https://issuu.com/asasrio/docs/enfretamento_da_violencia. Acesso: 5 fev. 2022.

SOUZA, Cecília de Mello e; ADESSE, Leila. **Violência sexual no Brasil:** perspectivas e desafios. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 188 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_sexual_brasil.pdf. Acesso: 5 fev. 2022.

ANEXOS

ANEXO A – PÁGINAS DO GUIA PARA GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO ABORTO LEGAL



Passo a passo para ampliar o acesso ao aborto legal por violência sexual nos serviços do SUS



1

Mobilizando atores sociais e vontade política

- Inclusão da pauta do aborto legal em espaços de gestão (secretarias municipais e estaduais de saúde) e em espaços públicos de debate, como fóruns perinatais e audiências públicas
- Mapeamento de possíveis aliados como gestores, profissionais de saúde e movimentos de mulheres
- Realização de seminários e oficinas de compreensão da urgência do tema



2

Organização do processo de sensibilização

- Organização de um grupo que irá coordenar as ações, com membros da secretaria de saúde e do(s) serviço(s) de referência.



3

Elaboração de material de apoio

- Criação de material orientador com passo a passo de atendimento a vítimas de violência sexual e em casos de aborto legal
- Definição de conteúdo do material com base nas normas técnicas e legislação vigente



4

Oficina de trabalho

- Oficinas com gestores (centrais e locais), profissionais dos serviços, movimentos sociais
- Alinhamento sobre as normas e diretrizes com os presentes
- Formação de grupos para a discussão de casos e apresentação do material orientador



5

Sensibilizações locais nos serviços

- Formação de um grupo multiplicador que será responsável pela sensibilização das equipes
- Sensibilização a partir de conversas nos locais de trabalho, salas de reunião/plantão, auditórios
- Apresentação do material orientador



6

Monitoramento das ações

- Visitas de acompanhamento dos serviços de saúde
- Consolidação dos dados e divulgação dos serviços
- Monitoramento interno com acompanhamento de indicadores estratégicos

6

Este guia é dedicado a gestores e profissionais de saúde e tem como objetivo apoiar a implementação de serviços de aborto legal no Sistema Único de Saúde (SUS). Ao longo deste livreto, você vai encontrar uma proposta de metodologia em forma de passo a passo – que já foi aplicada e é considerada bem-sucedida* – para melhorar a qualidade da assistência e ampliar o acesso ao aborto legal por violência sexual em serviços do SUS.

* Este guia é baseado na experiência de implementação do aborto legal por violência sexual nas maternidades da cidade do Rio de Janeiro, através de metodologia de sensibilização de profissionais promovida pela Secretaria Municipal de Saúde.