



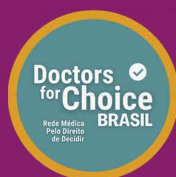
EXPERIÊNCIAS, DIFICULDADES E DESAFIOS: retratos dos serviços de aborto legal no Brasil durante a pandemia da Covid-19

Realização



CLADEM

Apoio



Responsabilidade Autoral

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos/as autores/as, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista dos organizadores.

Direitos de Reprodução

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas. A violação dos direitos autorais configura crime descrito na legislação em vigor, sem prejuízo das sanções civis cabíveis.

Barwinski, Sandra L. L. B.

Experiências, dificuldades e desafios: retratos dos serviços de aborto legal no Brasil em tempos da Covid-19 / Coordenadoras Sandra Lia Leda Bazzo Barwinski, Rubia Abs da Cruz, Priscila Akemi Beltrame – Curitiba: Editora Livros Legais, 2021. 198p. Edição Digital formato PDF

Bibliografia

ISBN 978-65-87027-11-1

1. Direitos sexuais e direitos reprodutivos. 2. Aborto legal. 3. Serviços de aborto legal no Brasil. 4. Covid-19. I. Barwinski, Sandra L. L. B. II. Cruz, Rubia Abs da. III. Beltrame, Priscila Akemi.

Editor:

Maria Isabel M. Ritzmann (Bebel Ritzmann)

Produção: NCA - COMUNICAÇÃO E EDITORA LTDA.

CNPJ: 13.226.606/0001-91

Conheça nossa editora:

www.livroslegais.com.br

Selo Editorial



© NCA Comunicação e Editora Ltda.

Projeto Gráfico e edição: Roberto Costa Guiraud – Designer

Diagramação: Equipe Edição por Demanda

Revisão: André Braga (ortográfica)

Assessoria de comunicação: Paula Guimarães

Ilustração: Beatriz Lago

EXPEDIENTE



COMITÊ LATINO-AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DAS MULHERES - CLADEM/BRASIL

Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos das Mulheres (Cladem) é uma rede feminista que trabalha para o pleno exercício dos direitos das mulheres, usando o direito como uma ferramenta para a mudança. O Cladem/Brasil é o capítulo nacional da rede feminista regional Cladem, organização não governamental com mais de trinta anos de atuação e presente em dezesseis países da região, cuja finalidade é articular e potencializar os esforços de pessoas, grupos, movimentos e organizações nos países da América Latina e Caribe. A organização atua em nível regional e nacional no monitoramento dos direitos humanos, no litígio internacional, em campanhas e formação em direitos humanos das mulheres.

Coordenação Nacional 2021-2022

Sandra Lia Leda Bazzo Barwinski

Membros

Ana Paula Sciammarella

Beatriz Galli

Ingrid Leão Viana

Myllena Calasans de Matos

Priscila Akemi Beltrame

Renata Teixeira Jardim

Rivane Arantes

Rubia Abs da Cruz

Silvia Pimentel (Comitê Consultivo Regional)

Tamara Amoroso Gonsalves (Comitê Deliberativo Regional)

Apoio GLOBAL DOCTORS FOR CHOICE - GDC/BRASIL

A Rede Médica pelo Direito de Decidir - Global Doctors for Choice/Brasil é vinculada à rede internacional de médicos articulados em mais de 25 países ao redor do mundo, comprometidos com a defesa dos direitos humanos e com a prestação de cuidados médicos da mais alta qualidade, fundamentados na ciência. Por meio da defesa de políticas públicas e práticas médicas baseadas em evidências, nos esforçamos para proteger e expandir o acesso a cuidados abrangentes em saúde reprodutiva para mulheres e meninas.

Coordenação GDC/Brasil

Cristião Fernando Rosas e Helena Borges Martins da Silva Paro

Experiências, dificuldades e desafios: retratos dos serviços de aborto legal no Brasil em tempos de Covid-19 é resultado da coletânea de artigos para o edital lançado pelo Cladem/Brasil que integra o projeto “Mobilização e incidência pelos direitos reprodutivos no Brasil”.

Realização: Cladem/Brasil

Apoio: GDC/Brasil

Coordenação

Sandra Lia Leda Bazzo Barwinski

Rubia Abs da Cruz

Priscila Akemi Beltrame

Comissão Avaliadora

Beatriz Galli (Cladem/Brasil)

Helena Borges Martins da Silva Paro (GDC/Brasil)

Cristião Fernando Rosas (GDC/Brasil)

**COMITÊ LATINO-AMERICANO E DO
CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS
DAS MULHERES - Cladem/Brasil**

Site: <https://cladem.org/>



CLADEM

Brasil

APRESENTAÇÃO

Frente a um contexto de violação sistemática dos direitos humanos e fundamentais das meninas e mulheres que atinge países da América Latina e Caribe, o Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos das Mulheres (Cladem) desenvolveu a Campanha “Jugar ou Parir – Embarazo Infantil Forzado en América Latina y el Caribe” (Brincar ou Parir – Gravidez infantil forçada na América Latina e no Caribe), motivada pelo estudo “Niñas Madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe” (Meninas mães. Gravidez e maternidade infantil forçada na América Latina e Caribe), desvelando toda a fragilidade das políticas e serviços públicos de atenção à violência sexual e ao aborto legal nesses países.

Em continuidade à mobilização, o Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos das Mulheres (Cladem/Brasil) busca construir narrativas que colaborem na defesa e na manutenção dos direitos humanos das mulheres e meninas.

Nesta toada, com o apoio da Rede Médica pelo Direito de Decidir (Global Doctors For Choice - GDC/Brasil), Cladem/Brasil lança a coletânea “Experiências, Dificuldades e Desafios: retratos dos serviços de aborto legal durante a pandemia de Covid-19”. A obra é resultado da análise empreendida pelo conselho editorial formado para avaliar os artigos submetidos por profissionais dos serviços de referência no atendimento à violência sexual e ao aborto legal, culminando com retratos multifacetados das diversas vulnerabilidades dos serviços de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres, adolescentes e meninas, com destaque para os serviços de aborto legal, no contexto da pandemia pelo novo coronavírus (Covid-19).

A desigualdade tem cara e a pandemia pelo novo coronavírus intensificou ainda mais os seus contornos de gênero, étnico-raciais e de classe, atingindo diretamente as pessoas em situação de vulnerabilidade jurídica e social. O direito de acesso ao aborto legal nas três hipóteses permitidas no Brasil (para salvar a vida da gestante, resultante de violência sexual e anencefalia fetal), que antes mesmo da pandemia já era sistematicamente violado por omissão de informações e ausência ou precariedade de serviços, foi interrompido em alguns hospitais com a justificativa da alta demanda gerada pela Covid-19 e/ou cumprimento das medidas de segurança sanitárias. Em outros, demandou criatividade e compromisso pessoal dos profissionais para a continuidade dos serviços.

A pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) colocou à prova toda a nossa capacidade de resistência como sociedade, instituições e agentes de preservação de direitos. Não sabemos como a sociedade voltará a funcionar após a pandemia, mas sabemos que o setor de saúde foi brutalmente estressado muito além do limite de sua capacidade.

Em 4 de abril de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou um comunicado classificando os serviços de saúde reprodutiva como essenciais. Levando em conta a orientação internacional, a Nota Técnica 16/2020 do Ministério da Saúde, sobre o acesso à saúde sexual e saúde reprodutiva no contexto da pandemia, publicada em junho, incluiu na lista dos serviços essenciais o acesso a métodos contraceptivos e ao aborto legal. O governo, porém, revogou a Nota e exonerou os profissionais que a elaboraram, exacerbando as restrições impostas pela pandemia, ao contrário de aliviá-las, por meio uma política de afirmação de práticas anticientíficas e antidireitos.

A atenção à saúde pública sempre passará por política pública e, nesse sentido, para o enfrentamento de uma das mais graves crises sanitárias do mundo, meninas e mulheres brasileiras ainda enfrentam a suspensão de vários dos poucos serviços de aborto legal no país. Ao que se acrescenta, o ativismo governamental explícito contra os direitos sexuais

e reprodutivos, manifestado, entre outras ações, na edição das Portarias MS/GM nº 2.282/2020 e nº 2.561/2020.

Nessas circunstâncias, restou-nos fincar nossas esperanças no engajamento de profissionais e da sociedade civil para assegurar, se não a ampliação, a manutenção dos serviços de atendimento à violência sexual e ao aborto legal, visando a impedir a total desassistência e desamparo de meninas e mulheres que já sofrem a violação de seus corpos.

Esperamos, com esse trabalho coletivo, colocar luz às violações de direitos que ocorrem nos serviços de atenção à saúde de meninas e mulheres vítimas de violência sexual, além de fornecer alguns elementos para diagnóstico e aprimoramento aos/às profissionais que estão na ponta desses serviços. Os relatos das experiências desta coletânea retratam o funcionamento e as barreiras no contexto da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), atravessada pelas influências neoconservadoras que instrumentalizam o Estado a se mover pelo campo religioso conservador. Inobstante o princípio constitucional da laicidade, essas forças, constituídas por crenças religiosas conservadoras, incidem nas políticas públicas sobre gênero e sexualidade para reduzir ou anular o pleno gozo dos direitos humanos e fundamentais pelas mulheres e meninas.

O primeiro artigo desta coletânea, submetido por Luciene M. Silva dos Santos, relata justamente os desafios impostos pela pandemia e o conservadorismo do atual governo de extrema direita, os impactos nos serviços de referência em violência sexual e aborto previsto em lei, as violações ao direito à saúde de mulheres e meninas e as contradições reproduzidas pelas instituições, baseadas nas desigualdades macroestruturais de classe, gênero, raça/etnia e orientação sexual.

Ândria Cléia Alves, Ana Luiza Teixeira, Maria Tereza Ferreira Côrtes e Renata Cruz Soares de Azevedo contribuem com o estudo realizado no Hospital da Mulher “Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti”/Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), da FCM da UNICAMP. O

estudo retrospectivo comparativo com todas as mulheres que realizaram interrupção legal da gestação decorrente de violência sexual sofrida entre março a maio/2020 com o mesmo período dos anos de 2018 e 2019, apresenta as mudanças nas características da violência sexual resultante em gestação no período pandêmico, os desafios para a equipe e ressalta a “importância de priorização do acesso facilitado para essas mulheres”.

A telessaúde é o recurso proposto para os atendimentos e para o acompanhamento de mulheres em protocolo de aborto medicamentoso, em regime domiciliar, como “alternativa promissora para garantir a continuidade dos serviços de atenção a meninas e mulheres em situação de violência sexual e aborto previsto em lei durante a pandemia da Covid-19”. O tema é tratado no terceiro artigo pelas profissionais do Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual do Hospital de Clínicas de Uberlândia, Minas Gerais (NUAVIDAS HC/UFU).

No quarto artigo, Anna Carolina Lanas Soares Cabral, Nalida Coelho Monte, Pamella Costa de Assis e Paula Sant’Anna Machado de Souza, discorrem sobre as barreiras de acesso ao aborto legal, constatadas a partir do mapeamento dos serviços de saúde do estado de São Paulo, realizado pelo Centro de Atendimento Multidisciplinar do NUDEM/SP, e dos atendimentos de mulheres pela equipe do NUDEM/SP, bem como elencam práticas exitosas.

O “Acesso ao aborto legal em caso de estupro de vulnerável em comunidade indígena ressurgida no Nordeste brasileiro: um relato de experiência” é o quinto artigo selecionado, de autoria de Jaqueline Medeiros Silva Calafate, Madge Porto e Valeska Zanello. As autoras relatam a experiência de uma jovem indígena e sua mãe em busca de acesso ao serviço de aborto legal no Sistema Único de Saúde (SUS), para apontar a necessidade de estruturar as políticas de saúde sexual e reprodutiva em intersecção com saúde mental e especificidades étnicas.

No sexto artigo, Angela Ester Ruschel, Filipe Rodrigues do Nascimento, Jane Iândora Heringer e Sandra Cristina Poerner Scalco relatam estudo transversal e descritivo, no qual foram analisados todos os casos de mulheres que realizaram o aborto legal atendidos no ano de 2020, buscando identificar o perfil das mulheres, caracterizar as situações de violência sexual e refletir sobre as possíveis interferências da pandemia no acesso ao aborto legal a partir da experiência do Serviço de Atenção Integral em Saúde Sexual (SAISS) do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) de Porto Alegre.

Rosires Pereira de Andrade, Maria Cristina Dias de Lima e Juarez Meeiros apresentam um exemplo positivo de atendimento às mulheres e meninas violentadas sexualmente que buscam pelo aborto legal, na experiência do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR/EBSERH, marcada pela manutenção dos atendimentos durante a pandemia e a crítica às portarias nº 2.282 e 2.561 do Ministério da Saúde, editadas em 2020.

As disparidades entre os dados estatísticos sobre a violência sexual/estupro e aborto legal registrados em 2020 pela segurança pública e rede de atendimento à saúde em Goiás, bem como pelo Sistema Eletrônico de Serviço de Informação ao Cidadão, a precariedade da transparência passiva e ativa estabelecida pela Lei de Acesso à Informação, são apontados por Ketlyn Stefhane Ferreira da Silva e Luciana Alves de Oliveira, da UFG, como lacunas na comunicação prejudiciais ao acesso às informações públicas e obstáculos à atenção humanizada no que concerne ao direito à saúde.

No nono artigo selecionado, Letícia Gomes Santos, Lívia Lopes Nogueira, Raíza de Almeida Aguiar e Sara de Pinho Cunha Paiva abordam o perfil do atendimento clínico às mulheres no serviço de violência sexual do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), durante a pandemia da Covid-19 no Brasil, concluindo que houve “diminuição da procura por ajuda” pelas mulheres, “possivelmente em decorrência do isolamento social devido à Pandemia da Covid-19”. Todavia, “nos casos de gestação decorrente de violência sexual, as vítimas foram mais ativas em

procurar o atendimento médico especializado para solicitar a interrupção legal da gravidez”.

O compartilhamento das experiências, dificuldades e desafios vivenciados pelos serviços de atendimento à violência sexual e aborto legal pode desconstruir estereótipos, romper preconceitos e promover práticas não discriminatórias, o que representa considerável avanço para os direitos humanos das mulheres e meninas.

Esperamos, assim, que a coletânea “Experiências, Dificuldades e Desafios: retratos dos serviços de aborto legal durante a pandemia da Covid-19”, ao disseminar as práticas e os serviços de atendimento à violência sexual, para além de servir como fonte de pesquisa, possa contribuir para a afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, mirando a legalização do aborto no Brasil.

Aprendemos, como lição diária, que para além de conquistar direitos e inscrevê-los em nossas leis, precisamos fortalecer nossos mecanismos de vigilância – monitorando o nível de cumprimento pelo Estado brasileiro das obrigações internacionais que assumiu e ratificou – para impedir retrocessos no acolhimento de meninas e mulheres pelos serviços de referência no atendimento à violência sexual e ao aborto legal. Para tanto, é fundamental a sensibilização dos profissionais para que atuem em conformidade com os parâmetros normativos de direitos humanos.

Priscila Akemi Beltrame

Rubia Abs Cruz

Sandra Lia Leda Bazzo Barwinski

PREFÁCIO

Os desafios para o efetivo acesso ao aborto legal e o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos têm aumentado progressivamente no Brasil. Desde o início da pandemia, observa-se a significativa redução do número de serviços de referência que atendem mulheres e meninas em situação de violência e realizam a interrupção legal da gestação, segundo levantamento realizado pela Revista Azmina. Ao mesmo tempo, houve uma intensificação das iniciativas por parte do governo federal e de alguns parlamentares contrários aos direitos sexuais e reprodutivos através da apresentação de propostas legislativas visando restringir o acesso das mulheres e adolescentes ao aborto previsto em lei.

O caso de uma menina de apenas 10 anos no estado do Espírito Santo foi emblemático. Ela e sua mãe tiveram que enfrentar diversos entraves, inclusive a recusa generalizada por parte da equipe de serviço de referência, viajando até o estado de Pernambuco para conseguir realizar o procedimento em segurança em um hospital público. Após o intenso debate social gerado pela repercussão do caso na imprensa, o Ministério da Saúde publicou uma portaria impondo mais barreiras para o acesso ao aborto para gravidez em casos de violência sexual.

A portaria inclui a exigência de que os profissionais de saúde denunciem às autoridades policiais como condição de poder realizar um aborto para as vítimas de violência, em flagrante violação ao dever de proteção do sigilo profissional pelos profissionais de saúde. A denúncia pelo profissional à polícia, à revelia e sem anuência da mulher ou menina vítima de violência, viola deveres ético profissionais e direitos constitucionais, entre eles o direito à saúde, à igualdade e à não discriminação, e o direito à privacidade. A normativa vai contra as diretrizes preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, contribui para aumentar o estigma social em relação ao aborto, gera sofrimento e revitimização, e pode afastar as mulheres e meninas dos serviços de saúde.

Muitas mulheres e meninas precisam urgentemente de cuidados de saúde antes de que possam decidir com autonomia sobre denunciar ou não o agressor. Os profissionais de saúde devem priorizar a saúde de suas pacientes, apoiar e respeitar a sua decisão e os seus direitos. Além disso, muitos agressores são parentes ou parceiros íntimos, e fazer a denúncia pode gerar riscos para a sua saúde física e mental, segurança e integridade pessoal, além de gerar o medo de represálias.

Mais recentemente, temos assistido com preocupação as medidas de retrocesso em direitos já conquistados por parte do Ministério da Saúde ao proibir o acesso ao aborto legal via telemedicina. A Nota Técnica vai na contramão das evidências científicas mais recentes de vários países que comprovam que o aborto realizado via telemedicina através do uso de medicamentos essenciais é eficaz e seguro, não implica em maior risco, e tem sido a via preferida para muitas mulheres e adolescentes que puderam optar por esse atendimento.

Esta publicação tem o objetivo de apresentar diversas experiências exitosas dos serviços de saúde na prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres, adolescentes e meninas, com destaque para os serviços de abortamento legal, no contexto da pandemia pelo novo coronavírus (Covid-19). Os artigos nos apontam que apesar dos desafios persistentes é possível ver avanços por parte de profissionais e equipes de saúde comprometidas com os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e meninas no Brasil. Nossa homenagem a esses profissionais defensores de direitos humanos, e que mais iniciativas possam surgir inspiradas nessas experiências.

Boa leitura!

Beatriz Galli

SUMÁRIO

OS DESAFIOS NA GARANTIA DA ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE PARA MENINAS E MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

Luciene Maria Silva dos Santos

15

IMPACTO DOS PRIMEIROS 60 DIAS DA QUARENTENA DA COVID-19 NA DEMANDA POR ABORTO LEGAL APÓS VIOLÊNCIA SEXUAL EM CAMPINAS, SÃO PAULO

Ândria Cléia Alves
Ana Luiza Teixeira
Maria Teresa Ferreira Côrtes
Renata Cruz Soares de Azevedo

41

TELESSAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E ABORTO LEGAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

Renata Rodrigues Catani
Luzia Silva dos Santos
Mariana Hasse
Marisa Aparecida Elias
Helena Borges Martins Da Silva Paro

63

ABORTO LEGAL E COVID-19 – BARREIRAS DE ACESSO AOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES NO ESTADO DE SÃO PAULO – SOB UMA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR

Anna Carolina Lanas Soares Cabral
Nalida Coelho Monte
Pamella Costa de Assis
Paula Sant’Anna Machado de Souza

80

ACESSO AO ABORTO LEGAL EM CASO DE ESTUPRO DE VULNERÁVEL EM COMUNIDADE INDÍGENA RESSURGIDA NO NORDESTE BRASILEIRO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jaqueline Medeiros Silva Calafate
Madge Porto
Valeska Zanello

107

SUMÁRIO

ABORTO LEGAL DURANTE A PANDEMIA: REFLEXÕES DE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA

Angela Ester Ruschel
Filipe Rodrigues do Nascimento
Jane Iândora Heringer
Sandra Cristina Poerner Scalco

131

GRAVIDEZ EM DECORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA E ABORTO PREVISTO EM LEI DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR/EBSERH: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rosires Pereira de Andrade
Maria Cristina Dias de Lima
Juarez Medeiros

155

VIOLÊNCIA SEXUAL E ABORTO LEGAL: DIREITOS NEGLIGENCIADOS E DISCREPÂNCIAS EM TEMPOS DE COVID-19

Ketlyn Stefhane Ferreira da Silva
Luciana Alves de Oliveira

167

COVID-19 E VIOLÊNCIA SEXUAL: PERFIL DO ATENDIMENTO CLÍNICO ÀS MULHERES NO SERVIÇO DE VIOLÊNCIA SEXUAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG) DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL

Letícia Gomes Santos
Lívia Lopes Nogueira
Raíza de Almeida Aguiar
Sara de Pinho Cunha Paiva

184

OS DESAFIOS NA GARANTIA DA ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE PARA MENINAS E MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

Luciene Maria Silva dos Santos*

RESUMO: O artigo pretende trazer para o centro da discussão os desafios ocasionados pelos impactos da pandemia da Covid-19 nos serviços de referência em violência sexual e aborto previsto em lei, no Sistema Único de Saúde (SUS). Observa-se também, nesse contexto, o avanço do conservadorismo com base nos moldes patriarcais e sexistas no Brasil, que através do atual governo de extrema direita, vem realizando ataques às conquistas no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Os serviços especializados para o atendimento de violência e aborto legal são estratégicos para a saúde de meninas e mulheres que sofrem violência de gênero e estão inseridos na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, entretanto, vêm sendo sucateados e desmontados com a finalidade de inviabilizar o seu funcionamento. Essa conjuntura regressiva vem sendo intensificada no período da pandemia, considerada como a maior crise

* Graduada em Serviço Social pela UFPE – Mestre em Serviço Social pela UFPE. Coordenadora do Serviço de Apoio à Mulher-Wilma Lessa – Hospital Agamenon Magalhães Recife/PE

sanitária mundial sem precedentes na história. A condução política do atual governo brasileiro revela total descaso para com a saúde da população e os direitos humanos, além disso, opera uma ofensiva unificada contra os direitos sociais e os avanços civilizatórios, com ataques explícitos aos direitos das mulheres. Esses ataques vêm ocorrendo através de mudanças nas legislações historicamente conquistadas que garantem os direitos de meninas e mulheres em situações de violência sexual e aborto previsto em lei, o que traz como consequência a não garantia do direito à saúde e a intensificação da violência contra a mulher. Dessa forma, este estudo busca elencar as contradições reproduzidas no âmbito das instituições, baseadas nas desigualdades macroestruturais de classe, gênero, raça/etnia e orientação sexual que interferem – dificultam ou impossibilitam – na concretização do direito à saúde pública, universal, integral e socialmente referenciada.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher; Violência Sexual; Aborto Previsto em Lei; Pandemia da Covid-19

I. INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno complexo e multifatorial, destacando-se como um problema social e de saúde pública. A violência contra a mulher engloba diferentes formas de violências praticadas no âmbito das relações de sexo/gênero. Segundo o Art. 5º da Lei 11.340/2006, “configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”. (BRASIL, 2006).

Este estudo busca compreender as contradições reproduzidas no âmbito das instituições, fundamentadas com base nas desigualdades estruturais, interferindo, assim, na real concretização do direito à saúde. A experiência profissional desenvolvida na política de saúde da mulher, atuando em um serviço de referência estadual para o atendimento de

situações de violência de gênero, com foco na violência sexual e a realização do abortamento previsto em lei, reiterou o interesse na atual conjuntura brasileira de retrocessos sociais e ofensiva conservadora, com impactos reais nesses serviços, cuja análise fomenta a emergência de novos estudos, ao lado das lutas e mobilizações feministas em prol da continuidade dos direitos ainda vigentes e de novas conquistas.

Neste momento, encontramos sérias dificuldades para a concretização dos direitos sociais garantidos na Constituição Federal de 1988, tais ataques foram intensificados após a posse do atual Presidente Jair Bolsonaro, cujo governo traz uma narrativa do ajuste fiscal no Sistema Único de Saúde – SUS. A tese de que é possível aprofundar a implantação de um sistema de saúde não universal com o atual nível de congelamento de recursos na área por 20 anos foi reconfigurada com a atual crise sanitária decorrente da pandemia da Covid-19, sem precedentes na história, e cuja intervenção do governo teve desdobramentos desastrosos na política de saúde. Vive-se um momento do avanço do conservadorismo no Brasil e no mundo, o que vem agravando os níveis de miserabilidade e acessibilidade das políticas sociais pela maioria da população

Segundo Escorsim Netto (2011, p. 41): “o pensamento conservador é uma expressão cultural complexa e diferenciada, particular de um tempo e um espaço socio-histórico muito precisos: o tempo e o espaço da configuração burguesa”. Destaca-se o processo de erosão das bases democráticas do Estado brasileiro por um governo conservador de extrema direita,[†] negacionista das evidências

[†] Segundo Löwy (2015, p. 52): “A atual extrema direita é muito diversa, uma variedade que vai abertamente de partidos neonazistas, as forças burguesas perfeitamente bem integradas ao jogo político institucional. O que eles têm em comum é o seu nacionalismo chauvinista, oposição à globalização cosmopolita e a qualquer forma de unidade e tolerância aos diferentes: xenofobia, racismo, ódio aos imigrantes e anticomunismo. (...) São favoráveis a medidas autoritárias contra a insegurança por meio do aumento da repressão policial, penas de prisão e pela reintrodução da pena de morte. A orientação reacionária nacionalista é ancorada em uma retórica social em defesa da classe média branca, do neoliberalismo e da democracia parlamentar, além de defender posturas intolerantes e preconceituosas como: racismo, antissemitismo, homofobia, misoginia, entre outros.”

científicas, ultra neoliberal e misógino.[‡]

Esta conjuntura regressiva, distante de constituir-se como coincidência, revela uma ofensiva unificada sobre os direitos sociais que a atual etapa de reprodução ampliada do capital requer como fundamento. Segundo Demier *et al.* (2020), do golpe de 2016 em diante, em especial a partir da eleição de Jair Bolsonaro, o Brasil está adentrando numa conjuntura onde alguns aspectos e elementos estruturais da sua formação social, como a violência estatal racista, sexista e antipopular, está se intensificando.

Partindo desse pressuposto de análise, o nosso interesse pela temática abordada se dá, ainda, por causa da continuidade do projeto de sociedade iniciado no golpe parlamentar-jurídico-midiático de 2016, cujo fenômeno propiciou as bases[§] e levou à presidência da república a figura de Jair Messias Bolsonaro, com o seu discurso arcaico/regressivo e a sua defesa de um governo ultra neoliberal, conservador, autoritário e fundamentalista, como enfatiza Keller (2019, p. 132): “liberal na economia e conservador nos costumes, um arranjo sincrético entre liberalismo e conservadorismo na política brasileira contemporânea.”

De acordo com Hoeveler (2019): “Em 2019, chega ao poder a narrativa dos golpistas e dos apoiadores do regime de 1964”. Segundo a autora, com o atual presidente no poder, o que se anuncia é um processo de militarização/milicianização da vida social em escala inédita no Brasil. Sintomático disto foi a promulgação, em julho de 2019, da Emenda Constitucional (EC) 101, que permite aos militares acumularem funções e cargos nas áreas da saúde e da educação.

‡ Segundo Tiburi (2019, p. 39): “a misoginia é o discurso de ódio especializado em construir uma imagem visual e verbal das mulheres como seres pertencentes ao campo do negativo.”

§ Segundo a pesquisadora Hoeveler, após a votação do golpe, Bolsonaro, aproveitou a mórbida fama para fazer propaganda do livro de Ustra, “A verdade sufocada” – um compêndio intragável de afirmações atroz e vilipendiosas. Entretanto, este ilustre desconhecido nas livrarias passou a sexto livro de não ficção mais vendido no Brasil em 2016, demonstrando o aumento da audiência para esse discurso no Brasil nos últimos anos.

Este contexto de ofensiva conservadora é danoso para o conjunto da classe trabalhadora, sobretudo para as mulheres, pois se operacionaliza em ataques aos direitos humanos e repercute na não efetivação de políticas estratégicas. Isto porque a história das mulheres é marcada pela desigualdade hierárquica e opressão misógina, justificadas pela condição de “inferioridade” que lhe foi atribuída nos diferentes modelos de sociedades já existentes.

Segundo Beauvoir (2016, p. 178): “basta uma crise política, econômica e religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes, pois é necessário que as mulheres se mantenham vigilantes durante toda a vida.” A burguesia conservadora continua a ver na emancipação da mulher um perigo que lhe ameaça a moral e os interesses. A partir do exposto, identifica-se que além da fragilidade democrática observa-se uma conjuntura conservadora no Brasil, o que propiciou uma intensificação da violência contra a mulher, inclusive, da violência sexual.

Esta análise se propõe a estudar os desafios e os limites que interferem na concretização do direito ao atendimento integral à saúde de meninas e mulheres em situação de violência sexual, além disso, apresenta o mérito de poder contribuir para o desvelamento do fenômeno macroestrutural da violência, desmistificando a sua naturalização. Pretende-se ainda realizar aproximações sucessivas para entender o governo brasileiro em seu estágio atual, que se expressa numa mistura de elementos como, o ultra neoliberalismo econômico, o conservadorismo de extrema direita, o fundamentalismo religioso e o autoritarismo obscurantista que nega a ciência.

2. A PERVERSA TRAJETÓRIA DA VIOLÊNCIA

O campo dos estudos feministas é fundamentado por categorias teóricas que possibilitam analisar a construção socio-histórica e econômica

das desigualdades entre os gêneros/sexos. Dentre estas categorias destacamos o patriarcado. Segundo Cisne e Santos (2018) a palavra patriarcado vem da combinação das palavras gregas *pater* (pai) e *arke* (origem e comando). “Portanto, o patriarcado é literalmente a autoridade do pai. Assim, designa uma formação social em que os homens detêm o poder, ou ainda, o poder é dos homens.” (CISNE; SANTOS, 2018, p. 43).

A violência é uma das práticas mais antigas utilizadas pelo patriarcado para exercer o poder sobre as mulheres. Numa sociedade patriarcal, o exercício da autoridade dos homens sobre as mulheres se faz de diversas maneiras, visando ao controle dos corpos, da sexualidade, da autonomia, da produção, da cultura, etc.

A construção social e histórica da violência contra as mulheres vem se dando de modo processual e as atinge de maneira desigual. As manifestações das violências se apresentam na realidade como relações estabelecidas pelas desigualdades de gênero; que se expressam na forma como a sociedade se organiza a partir da hierarquização de funções, atributos, valores, deveres e obrigações entre os sexos.

Dessa forma, as desigualdades de gênero são aquelas constituídas pelas sociedades que hierarquizam as diferenciações entre os sexos, de forma a se acreditar que a natureza produz seres humanos superiores e inferiores. Beauvoir (2016) aponta que as categorias do ser mulher e do ser homem são construções históricas e sociais. A diferenciação dos papéis que são atribuídos aos homens e às mulheres a partir do gênero, cujo processo não é natural, pois sexo é a diferença biológica e gênero é uma construção social e cultural, portanto, passível de mudanças.

As sociedades patriarcais elevaram os homens à condição de seres superiores, donos das mulheres, dos filhos, da produção, dos saberes e dos poderes, nos espaços públicos e privados. A permanência de suas características na organização social da vida contemporânea é a grande motivadora da violência sexista contra as mulheres. O patriarcado está

intimamente relacionado com a propriedade privada e a ideia da acumulação de riquezas:

A propriedade privada aparece; senhor dos escravos e da terra, o homem torna-se também proprietário da mulher. Nisso consiste a grande derrota histórica do sexo feminino. A mesma causa que assegurava à mulher sua autoridade anterior dentro da casa, seu confinamento nos trabalhos domésticos, essa mesma causa assegura agora a preponderância do homem (...). É o aparecimento da família patriarcal baseada na propriedade privada. Nessa família, a mulher é oprimida (...). A opressão social que sofre é a consequência de uma opressão econômica. (BEAUVOIR, 2016, p. 85).

Dessa forma, a lógica da sociedade patriarcal é uma formação social em que os homens detêm o poder, ou seja, o que impera é a dominação masculina e a opressão das mulheres. Além disso, o patriarcado não só se expressa no ambiente doméstico ou nas relações subjetivas e individuais, mas, nas relações sociais com ampla esfera de reprodução.[¶]

O patriarcado não surgiu espontaneamente do mundo das ideias ou da cultura, mas possui uma base material e socio-histórica. Isso significa que as ideias e a cultura patriarcais são socialmente determinadas, com base em relações concretas. O entendimento dessa sociedade com base patriarcal, racista e capitalista, exige compreender que as classes sociais não são meras abstrações, mas sim relações sociais que envolvem antagonismos inscritos em uma materialidade de corpos reais, que possuem sexo/gênero, raça/etnia, classe/orientação sexual.

Atualmente a violência sexual pode atingir todas as mulheres, visto que está sustentada na concepção patriarcal da mulher como propriedade e objeto, cujo detentor é o homem. Entretanto, ela se expressa de formas

¶ Segundo Yamamoto (2006, p. 72): “A reprodução das relações sociais é a reprodução da totalidade do processo social, a reprodução de determinado modo de vida que envolve o cotidiano da vida em sociedade: o modo de viver e de trabalhar, de forma socialmente determinada”.

diversas nas frações de classe e nos marcadores de desigualdades que atingem as mulheres de diferentes formas.

Davis (2016) traz elucidações importantes ao sinalizar as situações de violência sexual que as mulheres sofriam e que apresentavam conotações e sentidos diferenciados para as mulheres brancas e negras. A autora refere que “o estupro, na verdade, era uma expressão ostensiva do domínio econômico do proprietário e do controle do feitor sobre as mulheres negras na condição de trabalhadoras” (DAVIS, 2016, p. 20).

Realizando-se uma analogia com esta perspectiva, compreende-se que o Brasil, com seu passado colonial e escravagista, permanece com fortes traços conservadores que se embasam na imbricação da “ideologia patriarcal-racista-capitalista” (CISNE, 2018, p. 26). Verifica-se que, no capitalismo contemporâneo, a prática da violência sexual se retroalimenta da legitimidade desse sistema, cujo mesmo se beneficia com o patriarcado.

Este sistema trata a mulher como propriedade, uma expressão ostensiva da dominação masculina, ou seja, o estupro é uma relação de poder, de dominação sobre os corpos das mulheres. A cultura do estupro é alicerçada nesta ideia de que os corpos das mulheres são propriedades dos homens, o que naturaliza a violência e dificulta o combate à mesma.

O fato de que as mulheres da classe trabalhadora são mais intensamente exploradas do que os homens contribui para sua vulnerabilidade ao abuso sexual, enquanto a coerção sexual reforça, ao mesmo tempo, sua vulnerabilidade à exploração econômica. (DAVIS, 2016, p. 201-202).

As relações sociais de desigualdade hierárquica construídas pelo patriarcado e legitimadas pelo capitalismo constituem-se como relações sociais desiguais que se articulam e se expressam muitas vezes pela violência. A perspectiva norteadora deste texto compreende a violência sexual contra a mulher como uma reprodução das relações sociais desiguais entre os sexos, além da exacerbação do machismo, da opressão e da exploração

num contexto de sociabilidade capitalista que se retroalimenta com estas desigualdades.

Segundo Cisne e Santos (2018), o fenômeno da violência contra a mulher é entendido como resultante de uma estruturação de relações patriarcais da sociedade. Ao mesmo tempo, dialeticamente, essa violência estrutura o patriarcado, pois diz respeito à apropriação dos corpos e da vida das mulheres em múltiplos sentidos.

Segundo Saffioti (2004), o patriarcado é regido pela dinâmica entre controle e medo. Essa dinâmica atinge de maneira vil as mulheres e se manifesta em diversas formas de violência, como a física, a sexual, a psicológica, a patrimonial, a moral, a obstétrica e a social. Nesse sentido, este projeto problematiza o sexismo e a violência, entendendo-os como processos estruturais.

Observa-se que no contexto atual vem se propagando um discurso de ódio aos considerados “diferentes”, os que fogem dos “padrões normativos”, os considerados “inferiores”, incluem-se aí as mulheres. A legitimidade para este discurso vem sendo propagada pelas forças conservadoras do governo fundamentalista e de extrema direita que também acionou e sedimentou expressões de violência patriarcal contra as mulheres nas ruas, nas redes sociais, nos serviços públicos, e em todas as esferas de produção e reprodução da sociabilidade capitalista. Cabe aqui uma breve análise do conservadorismo no Brasil.

Segundo Souza (2015), o pensamento conservador contemporâneo no Brasil se particulariza pelas mutações sofridas, recombina ecleticamente propostas, valores e ideias com a nossa realidade concreta. O resultado disso, além das contradições tipicamente decorrentes da passagem brasileira à modernização capitalista, é a intensificação de um processo mais à direita do conservadorismo, aproximando-o de ideias ao sabor dos reacionários.

Essa recombinação incide sobre as grandes concepções orientadoras do ideário das classes dominantes no Brasil. É daí que extraem parte de suas ideias sobre o papel do Estado, das liberdades civis e políticas, dos mercados, dos grandes proprietários como sujeitos políticos, da família, da propriedade e assim por diante. (SOUZA, 2015, p. 8).

Löwy (2015) vai afirmar que o conservadorismo e a extrema direita no Brasil vão assumir uma forma peculiar, com similaridades e diferenças da extrema direita na Europa e nos Estados Unidos. No Brasil o tema da luta contra a corrupção tem sido demagogicamente manipulado com sucesso. Outra característica é a ideologia repressiva com a bancada da bala fortemente representada no congresso. A intolerância e o fundamentalismo religioso com as minorias sexuais como as mulheres e a população de lésbicas, gays, bissexuais, transsexuais, travestis, transgêneros, queer, interssexual – LGBTQI+. No entanto, o autor vai enfatizar que o elemento mais preocupante da extrema direita conservadora no Brasil é o apelo aos militares, ou seja, o chamado a uma intervenção militar, o saudosismo da Ditadura Militar.

3. ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES: CONTEXTO DE FRAGILIDADES E INCERTEZAS

Segundo Pinto *et al.* (2017), apesar das estatísticas serem frágeis e as exatas incidências e prevalência da violência sexual serem desconhecidas devido ao problema da subnotificação, estima-se que a violência sexual afeta cerca de 12 milhões de mulheres a cada ano no mundo. Pesquisas e relatórios de organizações internacionais apontam que uma em cada cinco mulheres no mundo é vítima de violência sexual ou tentativa de estupro. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência sexual contra as mulheres é vista como uma questão de saúde pública, o que demanda a implementação de políticas públicas para o seu combate e enfrentamento.

Segundo o Atlas da Violência 2019, houve um aumento da violência de gênero e um crescimento expressivo na taxa de feminicídio** no país, este aumento foi de 30,7% durante a década compreendida entre 2007-2017. Houve um crescimento ainda maior em relação à taxa de feminicídio das mulheres negras. Enquanto a taxa de feminicídio de mulheres brancas teve um crescimento de 4,5% entre 2007 e 2017, a taxa de feminicídios entre mulheres negras cresceu 29,9%. Em números absolutos a diferença é ainda mais brutal, visto que para as mulheres brancas foi de 1,7% e entre as mulheres negras foi de 60,5%.

De acordo com o cronômetro da violência do Instituto Patrícia Galvão, o Brasil ocupa o 5º lugar no ranking mundial de violência contra a mulher. Este instituto aponta alguns dados importantes sobre a violência, tais como: 13 mulheres são assassinadas todos os dias no Brasil, 5 mulheres são espancadas a cada 5 minutos, 135 casos de estupros são registrados diariamente. O número de estupros cresceu no país de 2016 a 2017, passando de 54.968 para 60.018 casos registrados. Um aumento de 8,4% em um ano. Isso significa que uma mulher é vítima de estupro a cada 9 minutos no Brasil.

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS) de 2019, 4 meninas menores de 13 anos são estupradas a cada hora no Brasil. Em 2018 as meninas menores de 13 anos representavam 53,8% dos 66 mil casos de estupro oficialmente. Estes dados reafirmam o posicionamento de Davis (2016): “Alguns dos sintomas mais evidentes da desintegração social só são reconhecidos como um problema sério após assumirem tamanha proporção epidêmica que parecem não ter solução”. (DAVIS, 2016, p. 177). A violência contra a mulher, inclusive a sexual, deve ser tratada como um problema de saúde pública.

** A Lei do Feminicídio (Lei nº 13.104, de 09/03/2015) é uma lei relativamente nova, foi promulgada em 2015, o que indica que antes do ano de 2015 a classificação das mortes de mulheres era notificada como homicídios. Utilizamos a conceituação de feminicídio como um posicionamento político, cuja natureza dessas mortes, mesmo antes de serem juridicamente classificadas assim, era de natureza misógina, ou seja, utiliza-se aqui o termo para fazer referência ao assassinato de mulheres em função do gênero.

Verifica-se que as repercussões da violência na vida das meninas e mulheres são múltiplas: danos físicos, lesões graves e permanentes, danos psicológicos, danos sexuais, além da possibilidade de contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e uma gravidez não desejada e forçada. Compreende-se essa complexidade de situações como desdobramentos da violência, além de graves violações dos direitos humanos das mulheres, configurando-se assim como uma das expressões da questão social, cujas implicações na saúde da mulher vão requerer serviços especializados e qualificados para atendimento das demandas postas.

É importante ressaltar que apesar do crescimento da violência, muitas conquistas referentes aos direitos das mulheres foram alcançadas. A luta do movimento feminista tem sido uma das grandes responsáveis pelas conquistas no âmbito das leis e das políticas públicas, inclusive na política de saúde. As conquistas no campo dos direitos para as mulheres são decorrentes de processos de lutas que ocorrem a partir do reconhecimento de situações de opressão, desigualdade e violação aos direitos humanos.

Como resultado dessa luta, obtiveram-se algumas respostas do poder público no âmbito da formulação de políticas públicas voltadas para as mulheres em situação de violência sexual, inclusive no campo da saúde pública. Segundo Minayo (2003), os estudos sobre a violência e sua relação com o campo da saúde ganham maior destaque nos anos 1980. Entretanto, a elaboração de políticas e normatizações para prevenção e enfrentamento desta temática é realizada gradativamente.

Na década de 1990 o Brasil tornou-se signatário de diversos instrumentos internacionais que coíbiam a violência contra as mulheres, tais como, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW de 1979), a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (1995) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994). Esta última convenção definiu a violência contra a mulher como uma grave violação dos direitos humanos, uma ofensa à dignidade

humana e uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres. O resultado da convenção também denominou violência contra a mulher como: qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

No Brasil, a legislação que visa a assegurar os direitos constitucionais às mulheres no campo da saúde tem se estabelecido e aprimorado ao longo dos anos, ressaltando-se nesse processo a clara tentativa de garantir assistência às mulheres em situação de violência sexual, em especial no tocante ao atendimento de saúde. Neste projeto, vamos nos ater aos documentos relativos ao atendimento integral nos serviços especializados de saúde a meninas e mulheres em situação de violência sexual.

Conquista significativa foi o reconhecimento das violências como agravos de Notificação Compulsória e, a partir desse entendimento, passaram a ser sistematicamente notificados pelos serviços de saúde desde 2006. O sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), após a promulgação da Lei nº 10.778, de 24/11/2004, que estabeleceu a “notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados”.

Essa legislação, assim como outras Leis, Portarias, Normas Técnicas, específicas no âmbito da saúde, passaram a garantir uma série de direitos para estas mulheres, dentre eles o de ter atendimento integral e especializado no SUS em serviços de referência para os casos de violência sexual, incluindo a oferta de medidas profiláticas – série de medicações para o combate as IST's, a gravidez não desejada – e a realização de exames específicos para a prevenção e o combate ao vírus do HIV/AIDS, sífilis e hepatites virais.

Desta forma, destacamos como uma conquista a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), construída em 2004. Este documento incorpora, numa perspectiva 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, planejamento familiar e combate à violência doméstica e sexual. Esta política marcou uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de atenção à saúde da mulher em períodos anteriores.

A Norma Técnica para Prevenção e Tratamento de Agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, construída pelo MS em 1998, mas atualizada em 2005 e 2012 (2ª edição e 3ª edição), igualmente figura como avanço e ganho concreto para as mulheres no âmbito do SUS, principalmente no que se refere ao atendimento para as situações de violência sexual.

Neste documento encontra-se estabelecido o atendimento adequado às meninas e mulheres em situação de violência sexual no SUS. Propõe que os serviços, preferencialmente, sejam estabelecidos em local com estrutura e equipes próprias, favorecendo a garantia do devido sigilo, privacidade e menor exposição da mulher que passou pela situação de violência. Orienta quanto à prevenção e tratamento das IST's e de uma (possível) gravidez indesejada; repercussões que podem afetar mulheres que vivenciaram violência sexual. A normatização repercutiu nas unidades de saúde de todo o território nacional, que se adequaram com o intuito de atualizar o atendimento às meninas e mulheres em situação de violência sexual.

A legislação ampliou-se na primeira década dos anos 2000, tendo sido aprovadas leis e normatizações, conforme segue a Lei nº 12.845, de 01/08/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Esta Lei, no seu art. 1º, assegura que os hospitais e pronto-socorros devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhando, se for o caso, aos serviços de assistência social. Esta lei ficou conhecida como a “Lei do minuto seguinte” (BRASIL, 2013).

O Decreto nº 7.958, de 13/03/2013, estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS de forma humanizada, observando os princípios do respeito e da dignidade, da não discriminação e da garantia do sigilo e da privacidade por ambos profissionais e serviços da rede de segurança pública e do SUS (BRASIL, 2013).

A Portaria nº 485, de 01/04/2014, redefine o funcionamento dos serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do SUS; e em 2018 o MS lança uma versão atualizada da Norma Técnica sobre a atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registros de informações e coleta de vestígios, sem dúvida um progresso para o enfrentamento da violência sexual, visto que possibilita a punição do agressor, baseada na coleta de vestígios (BRASIL, 2014).

A Lei nº 11.340, de 2016 (Lei Maria da Penha), cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. No seu bojo foi incluído dispositivo que assegura a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar a ser prestada de forma articulada inclusive pelo SUS (BRASIL, 2006).

Esse arcabouço jurídico no âmbito das políticas de saúde, justiça e segurança pública, aponta para o direito das mulheres a assistência integral e humanizada, multiprofissional e interdisciplinar no SUS, e nas redes socioassistenciais que compõem o Sistema de Garantia de Direitos, do qual fazem parte a Justiça e a Segurança Pública.

Os serviços de referência especializados em atendimento integral para meninas e mulheres em situação de violência surgem com o objetivo de prestar assistência à saúde da mulher em sua integralidade, ou seja, nos aspectos biopsicossociais. O Serviço de Apoio à Mulher - Wilma Lessa – SAMWL – foi inaugurado em 2001, como uma Unidade de Referência da Rede de Atendimento à Mulher e da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. O serviço conta com equipe multiprofissional e interdisciplinar

que visa a prestar assistência a meninas e mulheres em situação de violência de gênero, com foco no atendimento da violência sexual e a realização do abortamento previsto em lei decorrente de estupro.

O SAMWL funciona em regime integral de 24 horas dentro das dependências do Hospital Agamenon Magalhães, em Recife, sendo referência estadual para o atendimento de violência. O número de atendimentos realizados neste serviço de janeiro a dezembro de 2020 foi de 1056 casos de violência, sendo 75% caracterizados como casos de violência sexual. No primeiro trimestre de 2021, de janeiro a março, foram realizados 366 atendimentos de violência, destes, 84% foram de violência sexual. Verifica-se que o maior número de atendimentos no serviço são decorrentes de violência sexual. Percebe-se ainda que além do aumento dos atendimentos de violência sexual houve também um agravamento das formas de violência, expressões variadas da misoginia.

A despeito dos avanços, são muito comuns os relatos de mulheres de que encontram dificuldade para acesso a esses direitos – mesmo após anos da normatização do Ministério da Saúde, principalmente devido à atual ofensiva conservadora e ao processo de desmonte e sucateamento que o SUS vem sofrendo, que se expressam na estruturação precária dos serviços, falta de insumos, insuficiência de medicações, déficit de recursos humanos, não garantia de protocolos já instituídos, dentre outros.

Reconhece-se como obstáculo ao atendimento previsto nas normativas legais a prática profissional reprodutora de preconceito e de desigualdades; por vezes revitimizando as meninas e mulheres que buscam cuidados em Saúde. Essas práticas são realizadas por servidores públicos que representam o Estado, configurando violência institucional. Em geral, tal atitude remete a questões morais e religiosas, legitimadas pelo discurso conservador e fundamentalista do atual governo brasileiro, contribuindo assim para a negação do direito à saúde.

Apesar das conquistas aqui elencadas, vive-se momento de retrocessos, e a Política de Saúde da Mulher sofre ataques frontais. Numa tentativa clara de dismantelar esta política, tramitam no congresso brasileiro vários projetos de lei e projetos de decretos legislativos cuja finalidade é retroceder nos direitos sexuais e direitos reprodutivos garantidos pela legislação brasileira. Nessa direção política, em 10 de dezembro de 2019 foi sancionada a Lei nº 13.931, que obriga os serviços de saúde, em todo território nacional, a denunciar os casos de suspeita e/ou violência contra a mulher à autoridade policial, ferindo o sigilo, a confidencialidade e desconsiderando a autonomia da mulher (BRASIL, 2019).

Ainda nesta mesma linha de retrocessos e recuos, vêm a Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020, e a Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020, que dispõem sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS. Na prática, estas portarias dificultam que meninas e mulheres realizem o procedimento de aborto previsto em lei e inviabilizam a garantia do atendimento nos serviços de referência (BRASIL, 2020).

Estas portarias vêm como uma ofensiva conservadora por parte do MS, com clara influência do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, representado pela Ministra Damares Alves, após o fato recente que foi noticiado na mídia, da menina capixaba de 10 anos que foi estuprada por 4 anos consecutivos pelo seu tio, no estado do Espírito Santo, e teve o seu direito a realização da interrupção gestacional prevista em lei negado pelo hospital do seu estado, mesmo tendo uma série de legislações que garantem este direito pelo SUS. Houve uma série de arbitrariedades neste caso. A menina teve que ser deslocada do Espírito Santo para o Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) em Pernambuco. A partir desse fato, foram articuladas movimentações e protestos realizados por fundamentalistas religiosos em frente ao CISAM e uma série de agressões verbais e exposição nas redes sociais com o intuito de que a menina desistisse e/ou fosse impedida de realizar o procedimento.

Segundo Beauvoir (2016), a história da sociedade, assim como as leis, foi hegemonicamente escrita por homens. Acrescentamos a esta afirmação que foram escritas por homens brancos, heterossexuais e que compõem a elite dominante, os quais ocupam lugar privilegiado de elaboradores legislativos e de outras funções e cargos que lhes conferem ainda mais poder perante o conjunto da sociedade.

Essas leis, mesmo que reconheçam os direitos das classes populares e das mulheres, apresentam limites para sua concretização. Dessa forma, a não efetivação das leis expressa a incapacidade da sociabilidade capitalista de garantir direitos sociais amplos e universais, e nesta conjuntura específica de corrosão da democracia, torna-se ainda pior, pois o Estado está atuando na supressão desses direitos.

4. NA LINHA DE FRENTE CONTRA O VÍRUS DA INJUSTIÇA

O contexto da pandemia da Covid-19 trouxe novos desafios para os/as profissionais de saúde. Houve necessidade de traçar novas estratégias para lidar com a assistência à saúde e as políticas públicas, considerando uma realidade adversa que se iniciou com o período da quarentena em março de 2020. Durante esse período, os serviços de saúde passaram por grandes mudanças relacionadas ao fluxo de atendimento a usuárias do SUS; nas maternidades e nos serviços de referência para o atendimento de violência e abortamento previsto em lei, em Pernambuco, não foi diferente. Tais serviços apresentam histórico de déficit de recursos humanos que compromete a assistência integral e déficit de leitos que ocasiona unidades superlotadas e incide na qualidade da assistência.

Diante deste cenário, já preocupante, surge um novo desafio: um vírus de alta transmissibilidade e de incipiente conhecimento da comunidade científica, que transformou drasticamente a vivência de meninas e mulheres nos serviços que ofertam direitos sexuais e direitos reprodutivos. As primeiras medidas determinadas pelos serviços, orientadas pelo órgão

oficial do governo, foram: restrição dos acompanhantes, suspensão de visitas às usuárias, suspensão dos atendimentos ambulatoriais e consultas de retornos. Houve um número drástico de diminuição de atendimentos e procedimentos de abortamento. Em alguns estados brasileiros, inclusive, houve serviços fechados.

O trabalho desenvolvido pelo Serviço de Apoio à Mulher – Wilma Lessa, de referência no estado de Pernambuco, buscou essencialmente escutar, acolher, orientar, prestar assistência integral e atender as demandas das mulheres de forma mista (presencial e remota), pelos dispositivos que se apresentassem mais acessíveis para as mulheres, como atendimentos por telefone, WhatsApp, Skype, videochamadas, entre outros. Tal situação causou sentimentos contraditórios: por um lado, havia a angústia, por não estar presente no atendimento às meninas e mulheres, e a ausência de um fluxo de presencial que permitisse a garantia do direito à atenção integral; por outro lado, havia também um entendimento do momento histórico, que pedia cautela e medidas de proteção para minimizar a possibilidade de infecção de um público considerado vulnerável.

Cotidianamente o Serviço de Apoio à Mulher – Wilma Lessa manteve a realização dos atendimentos emergenciais e dos procedimentos de abortamento legal, e desenvolveu ações socioeducativas através de lives, reuniões online e vídeos para a população, com vistas a orientar e esclarecer as mulheres sobre a condição particular que a pandemia impunha e buscar reforçar os direitos já consolidados, a saber, os direitos sexuais e reprodutivos, o acesso a programas sociais, a política de planejamento reprodutivo, a socialização de informações sobre a rede de atendimento no enfrentamento da violência contra a mulher, assim como investimos ainda em capacitações continuadas com os profissionais para aprimorar e qualificar o nosso atendimento diante da complexidade das demandas apresentadas trazidas por esta nova realidade. Esta abordagem tinha como fundamento os parâmetros para a atuação dos serviços de Atenção Integral à Saúde da Mulher, intentando ampliar o olhar para além dos aspectos biológicos e promovendo uma escuta integral e a participação das usuárias na construção de estratégias coletivas.

Com base nos Códigos de Ética Profissionais dos profissionais que atuam neste serviço e no projeto ético-político que se articula com a luta pela defesa dos direitos das meninas e mulheres, buscou-se sistematizar e problematizar as demandas e necessidades das mulheres junto à equipe de saúde. Uma vez que a atuação profissional nos espaços socio-ocupacionais é permeada por disputas de interesses de classes, deparamo-nos cotidianamente com as demandas institucionais e as demandas da classe trabalhadora. Como estratégia a essas demandas, adotamos o diálogo, no campo da mediação, com as coordenações dos diferentes setores que compunham o Hospital onde estamos inseridos, trazendo sugestões que minimizassem os impactos emocionais, físicos e sociais causados pelas medidas adotadas pelo momento. Nesse período ocorreram diversas reuniões internas, com a equipe de saúde, com a direção do Hospital, com a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES), através da Gerente de Saúde da Mulher, para levar as problemáticas que chegavam ao nosso serviço.

Outra ação desenvolvida consistia em atendimentos com a finalidade de orientar as usuárias a respeito dos espaços legítimos de formalização de denúncia, agora por outros meios tecnológicos e de forma remota, como os Boletins Eletrônicos das Delegacias Especializadas, Varas de Violência do Tribunal de Justiça, Ministério Público, Serviços de Referência como os Centros e Coordenadorias de atendimento à mulher, entre outros; no entanto, esses espaços, durante a quarentena, muitos funcionaram de forma remota, dificultando o acesso e a devolutiva para as usuárias.

Com a pandemia da Covid-19, os protocolos de atendimento foram reorganizados. Entendemos que as medidas deveriam avaliar a condição de saúde e a realidade de cada serviço a fim de garantir segurança para as meninas e mulheres, mas na realidade assistimos a uma série de violações, como, por exemplo, a negação da presença do acompanhante de livre escolha das meninas e mulheres durante a realização do procedimento de abortamento humanizado previsto em lei, que é uma lei federal (BRASIL, 1990) acerca do direito à privacidade e cuidado integral. Tal proibição

teve base no discurso da não aglomeração, sem que houvesse, contudo, alguma intervenção estrutural ou de recursos para a garantia do direito.

As principais demandas apresentadas ao nosso serviço pelas usuárias (meninas e mulheres) referiam-se à restrição do direito ao abortamento pelo limite gestacional acima de 22 semanas, o que ocorreu algumas vezes, principalmente com adolescentes que residiam nos municípios do interior do estado. Essas meninas e seus familiares tinham dificuldade de ter acesso às informações a respeito dos serviços que realizam o procedimento de abortamento e acabavam perdendo o prazo. Outra situação é que, na maioria dos hospitais desses municípios distantes, muitos profissionais não realizavam o procedimento alegando objeção de consciência.

Vale salientar que muitas dessas meninas e mulheres residem em municípios distantes, e que foram transferidas para a capital do estado em decorrência da assistência especializada em atendimento de violência. Esta situação dificultou o acesso, tendo em vista a condição socioeconômica precária das famílias, que já sofreram redução na renda familiar devido ao contexto da crise. Por vezes, necessitaram custear o deslocamento para a unidade hospitalar, visto que o transporte disponibilizado pelas Secretarias Municipais (Tratamento Fora do Domicílio – TFD) também sofreu impacto e redução orçamentária.

No Brasil, o sistema de saúde é a principal força de criminalização das mulheres por abortamento. Levantamento feito em 2017 mostrou que a maior parte das mulheres criminalizadas por aborto no país são negras e pauperizadas; o sistema de saúde, ao invés de desempenhar sua função de acolhimento, muitas vezes atua como órgão acusador e punitivo. O estigma e a discriminação de mulheres que realizam o abortamento, mesmo aquele previsto em lei, expressam-se na reprovação sociocultural, moral e religiosa. Às mulheres que abortam atribui-se uma carga negativa que as marca como inferiores, sujas, más, cruéis e imorais, especialmente por rejeitarem a maternidade.

No caso da assistência prestada em situações de abortamento, a violência obstétrica é uma violação de direitos em que o profissional de saúde se apropria do processo reprodutivo da mulher de quem deveria cuidar, negando sua autonomia e capacidade decisória. Nesse caso, a violência obstétrica cumpre uma função específica: serve como instrumento de disciplinamento de corpos gestantes que se recusam a obedecer às normas morais sobre o aborto e o mandato social da maternidade compulsória.

Não são poucos os desafios postos à organização e processos de lutas e resistências da classe trabalhadora frente à atual conjuntura do país, em especial, aos ataques aos direitos sociais que acentuam as formas de exploração e opressão. O campo organizativo da classe trabalhadora que se opõe à implementação desta agenda conservadora e neoliberal encontra na hipertrofia dos aparatos coercitivos do Estado a sua contraposição. Para Demier (2017), os tempos atuais são tempos acentuadamente regressivos que se revelam pela ascensão das forças mais conservadoras e até mesmo reacionárias, o que produz uma fragilidade democrática e reproduz diversas formas de violência.

O momento recente tem sido de dureza, de desafios e retrocessos. As conquistas das mulheres no âmbito da saúde não estão sendo garantidas e os serviços públicos estão sob o risco constante de desmonte, visto que o processo de ataques e retrocessos segue uma lógica que se coloca contrária ao Estado democrático de direitos, além de que este processo é algo estrutural e que vem atender a lógica contemporânea exigida pelo sistema do capital.

Segundo Demier *et al.* (2020) diante do cenário político atual, torna-se urgente e necessária a construção de uma resistência democrática e ampla, “com destaque para o movimento de mulheres, hoje, o mais avançado na perspectiva anti-Bolsonaro.” (DEMIER *et al.*, 2020, p. 17). Precisa-se formar uma frente única antifascista que depende da resistência oferecida pela classe trabalhadora e pelo conjunto dos setores explorados e oprimidos.

REFERÊNCIAS

BEAUVOIR. Simone. **O segundo sexo: a experiência vivida**. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 2016. 2 v.

BRASIL. **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 SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. **Lei nº 12.845**, de 1 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e reprodutivos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral para as mulheres**. 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 485**, de 1 de abril de 2014. Redefine o funcionamento do serviço de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prto485_01_04_2014.html. Acesso em: 18 ago. 2019.

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. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>. Acesso em: 18 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 2. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://proweb.procompa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/ev_vio_ta_2005_violencia_sexual_contra_mulheres_e_adolescentes.pdf. Acesso em: 18 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Norma técnica**: Atenção Humanizada às Pessoas em situação de Violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Brasília, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 18 ago. 2019.

BRASIL. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.778**, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm#:~:text=Estabelece%20a%20notifica%C3%A7%C3%A3o%20compuls%C3%B3ria%2C%20no,Art. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.340**, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.104**, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos

crimes hediondos. Brasília, 2015. Disponível em: [BRASIL. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.931**, de 10 de dezembro de 2019. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, 2019. Disponível em: \[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20192022/2019/lei/L13931.htm\]\(http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20192022/2019/lei/L13931.htm\). Acesso em: 10 ago. 2019.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm#:~:text=121%20do%20Decreto%2DLei%20n%C2%BA,-de%20homic%C3%ADdio%2C%20e%20o%20art. Acesso em: 10 ago. 2019.</p></div><div data-bbox=)

CISNE, Mirla; SANTOS, Silvana Mara. **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018. 208 p. (Biblioteca básica de serviço social; v.8).

CISNE, Mirla. Feminismo e Marxismo: apontamentos teórico-políticos para o enfrentamento das desigualdades sociais. **Serviço social e sociedade**, São Paulo, n.132, p. 211-230, maio/ago. 2018.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Ed. Boitempo, 2016. 248 p.

DEMIER, Felipe. **Depois do Golpe**: a dialética da democracia blindada no Brasil. Rio de Janeiro: Mauad X, 2017. 112 p.

DEMIER, Felipe. Capítulo 1. In: BENJAMIM, Cid; DEMIER, Felipe; ARCARY, Valério. **O ovo da serpente**: a ameaça neofascista no Brasil de Bolsonaro. Rio de Janeiro: Mauad X, 2020. p. 15-17.

ESCORSIM NETTO, Leila. **O conservadorismo Clássico**: elementos de caracterização e crítica. São Paulo. Cortez, 2011. 160 p.

HOVELER, Rejane. Sobre os escombros, as estrelas: a memória como antídoto antifascista. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2019/08/12/sobre-os-escombros-as-estrelas-a-memoria-como-antidoto-anti-fascista-5/>. Acesso em: 12 ago. 2019.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Ed. Cortez, 2006. 400 p.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Atlas da violência**. 2019. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/12/atlas-2019>. Acesso em: 08 ago. 2019.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. **Cronômetro da Violência**. 2019. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/>. Acesso em: 10 ago. 2019.

KELLER, Suéllen B. Alves. **A ofensiva do conservadorismo: serviço social em tempos de crise**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. 308 p.

LÖWY, Michael. Conservadorismo e extrema direita na Europa e no Brasil. **Serviço social e Sociedade**, São Paulo, n.124, p.652-664, out/dez. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A violência dramatiza causas. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de (org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003, p. 33-47.

PERNAMBUCO. Secretaria da Mulher. **Mulheres construindo a igualdade: caderno Etnicorracial**. Recife, 2011. 49 p.

PERNAMBUCO. Secretaria da Mulher. **Das Lutas à Lei: Uma contribuição das mulheres à erradicação da violência**. Recife, 2011. 57 p.

PINTO, L. *et al.* Políticas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p. 1501-1508, 2017.

SAFFIOTI, Heleieth. **A mulher na sociedade de Classes: mitos e realidades**. 3. ed. São Paulo: Ed. Expressão Popular, 2013. 528 p.

SOUZA, Jamerson Murillo. O conservadorismo moderno: esboço para uma aproximação. **Serviço Social & Sociedade**, n.122, abr./jun. 2015.

TEIXEIRA, Analba Brazão. **Violência contra as mulheres**. Recife: SOS Corpo, 2016. 94 p.

TIBURI, Márcia. **Feminismo em comum: para todas, todes e todos**. 11. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2019. 126 p.

IMPACTO DOS PRIMEIROS 60 DIAS DA QUARENTENA DA COVID-19 NA DEMANDA POR ABORTO LEGAL APÓS VIOLÊNCIA SEXUAL EM CAMPINAS, SÃO PAULO

Ândria Cléia Alves^a

Ana Luiza Teixeira^b

Maria Teresa Ferreira Côrtes^c

Renata Cruz Soares de Azevedo^d

LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO:

Hospital da Mulher “Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti”/Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP).

a Hospital da Mulher “Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti”/Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP).

b Idem.

c Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP).

d Hospital da Mulher “Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti”/Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP). Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP).

RESUMO: Os impactos da pandemia por Covid-19 no cuidado às solicitações para interrupção legal (IL) de gestação decorrente de violência sexual (VS) no Brasil ainda são pouco conhecidos. **Objetivos:** Avaliar as características da violência sofrida pelas mulheres nos primeiros 60 dias da decretação da quarentena em Campinas, que culminaram em gestações com solicitação de IL no Hospital da Mulher “Prof. Dr. J. A. Pinotti” – CAISM/UNICAMP. **Método:** Estudo retrospectivo. Todas as mulheres que solicitaram IL de gestação decorrente de VS sofrida entre 23/03/20 e 23/05/20 foram incluídas; como grupo de comparação utilizamos os dados de mulheres que foram vítimas de VS no mesmo período nos anos de 2018 e 2019, engravidaram e solicitaram IL no serviço. As variáveis analisadas foram: características sociodemográficas, local de abordagem, características da violência e do agressor. Para análise comparativa entre os grupos utilizamos os testes Qui-quadrado ou exato de Fisher e de Mann-Whitney. **Resultados:** Avaliamos dados de 31 mulheres, 12 delas atendidas em 2020 (grupo da quarentena) e 11 e 8 mulheres (grupo de comparação) atendidas em 2019 e 2018, respectivamente. O grupo da quarentena teve maior frequência de violência perpetrada por agressor conhecido e familiar (66,7% X 33,2% e 50% X 0%; $p=0,004$, respectivamente), ocorrência em domicílio (66,7% X 33,2%; $p=0,027$) e vítimas de abuso crônico (41,7% X 5,3%; $p=0,022$). Chamou atenção a quase totalidade de procedentes de Campinas (92% X 47%; $p>0,05$). **Conclusões:** Houve mudanças nas características da VS resultante em gestação no período da pandemia, com predomínio de agressões por pessoas próximas e casos intrafamiliares. Essa conformação exigiu da equipe adaptações para apoio social e psicológico, dadas as suas implicações no já doloroso processo decisório da IL, e reforça a importância de priorização do acesso facilitado para essas mulheres mesmo no contexto pandêmico.

PALAVRAS-CHAVE: Violência sexual; Aborto Legal; Covid-19; Isolamento Social; Assistência à Saúde

AGRADECIMENTOS:

À Prof. Dra. Arlete Maria dos Santos Fernandes, coordenadora do Ambulatório de Atendimento Especial do CAISM-UNICAMP. Ao Dr. Otávio Prado Alabarse, supervisor psiquiatra do Ambulatório de Atendimento Especial do CAISM-UNICAMP.

1. INTRODUÇÃO

A violência sexual (VS) pode ser caracterizada como um fenômeno de ocorrência universal, atinge homens e mulheres, sendo as últimas as principais vítimas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 30% das mulheres em todo o mundo sofrem, durante a vida, violência física e/ou sexual perpetrada por um parceiro íntimo e cerca de 7% são submetidas a VS perpetrada por não parceiros.¹ No Brasil, o Fórum Brasileiro de Segurança Pública descreveu taxa de estupro de 48,1/100.000 mulheres, sendo que os maiores índices de ocorrência foram registrados nas regiões Norte e Sul, respectivamente, 71,9 e 68,8 casos para cada 100 mil mulheres.² A taxa descrita para o Estado de São Paulo é inferior à média nacional, em torno de 43,8 casos para cada 100 mil mulheres.² O último Boletim do Sistema de Notificação de Violência (SISNOV), referente à cidade de Campinas/SP, mostrou que no ano de 2017 foram reportados 332 casos de VS contra mulheres, com predomínio de autor desconhecido entre as vítimas mais jovens, com idade entre 10 e 29 anos.³ Esses dados mostram a gravidade da face conhecida das ocorrências, todavia, certamente não revelam o potencial contingente muito superior de casos subnotificados.

Embora a VS já tenha sido descrita em múltiplos momentos ao longo da história da humanidade e alcance irrestritamente diferentes idades, etnias e classes sociais, situações de maior vulnerabilidade social

e contextos históricos específicos podem modificar ou agravar a sua ocorrência.⁴ Publicação internacional recente apontou que 243 milhões de mulheres com idade entre 15 e 49 anos foram vítimas de violência física ou sexual perpetrada por parceiro íntimo nos 12 meses anteriores ao início da pandemia e dados recentes indicam que é provável que estes números aumentem no contexto da Covid-19.⁵ A França reportou aumento de 30% nas taxas de violência doméstica desde o início do período de lockdown em março, taxa semelhante à descrita na Argentina (25%), além de elevação do mesmo tipo de violência referidos nos países como Canadá, Alemanha, Espanha, Inglaterra e EUA.^{6,7}

A VS está associada a inúmeros agravos à saúde mental e física. Estudos nacionais e internacionais reportam taxas elevadas de sintomas e transtornos mentais, com destaque para quadros depressivos, ansiosos, estresse pós-traumático, abuso de substâncias psicoativas (SPA) e comportamento suicida.⁸ Além do grande sofrimento psíquico, os principais temores das mulheres que experienciaram esta vivência traumática referem-se ao risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST) e de engravidar em decorrência do estupro.⁸

O aborto de gestações decorrentes de estupro não é penalizado no Brasil desde 1940 e, a partir de 1989, foram padronizadas as normas para o atendimento aos casos de aborto legal no Hospital do Jabaquara, do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de São Paulo.⁹ A primeira “Norma Técnica do Ministério da Saúde Atenção Humanizada ao Abortamento” do Ministério da Saúde foi publicada em 2004.¹⁰ Apesar do arcabouço legal e das normas, ainda poucos serviços de saúde prestam esse atendimento no país, dificultando o acesso de mulheres à interrupção legal da gestação.^{9,11}

Além dessas dificuldades, o atual governo brasileiro tem tentado empreender medidas que impõem obstáculos ao já precário cenário nacional no que tange à garantia de direitos e acesso à IL decorrente de VS. Essa conjuntura tem convivido com um potencial agravado adicional, a pandemia da Covid-19.

No município de Campinas/SP, o início da quarentena foi decretado pela Prefeitura Municipal a partir de 24/03/2020¹² e foi mais cumprida em seus meses iniciais, com adesão de cerca de 60% da população.¹³ A diminuição da mobilidade social, bem como a restrição ao domicílio, podem determinar importantes mudanças sociais e intrafamiliares. Essa situação pode, por inúmeros motivos, levar ao aumento da ocorrência de violência sexual no ambiente doméstico.¹⁴

É nesse contexto de cuidado que se insere o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher – CAISM/ UNICAMP, hospital-escola especializado na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, um dos serviços pioneiros no país a prestar assistência a mulheres vítimas VS, além de ser referência para o agravo da gestação decorrente de estupro.^{4,11} Somente cerca de 30% das mulheres que buscam o atendimento de emergência após VS neste serviço são vítimas de violência doméstica, intrafamiliar ou mesmo perpetrada por conhecido.⁴ Embora estas violências sejam as mais frequentemente descritas para a população de crianças e adolescentes em nosso país,¹⁵ nosso serviço sempre se caracterizou por atender à demanda de mulheres vítimas de violência sexual urbana.

Vislumbrando as mudanças no padrão da ocorrência de violência sexual no contexto da pandemia da Covid-19, este estudo objetivou avaliar as características específicas da violência e da população de mulheres que buscaram atendimento em nosso serviço solicitando IL por gestação decorrente de estupro, quando esse ocorreu nos primeiros 60 dias da instituição da quarentena no município de Campinas-SP, e compará-las com as mulheres que solicitaram IL no mesmo período do biênio anterior.

2. PARTICIPANTES E MÉTODO

Estudo de corte retrospectivo, descritivo, com grupo de comparação e realizado no Programa de Atenção Especial às mulheres vítimas de violência sexual do Hospital da Mulher – CAISM, da Faculdade de Ciências

Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP). Este estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (CAAE 35254620.4.0000.5404) e cumpriu os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Inicialmente foram localizados os prontuários de mulheres que solicitaram IL e cuja violência sexual havia ocorrido no período da quarentena determinado, para este estudo, de 23/03/2020 a 23/05/2020, bem como os prontuários de mulheres que solicitaram IL no mesmo período dos anos de 2019 e 2018. Todas as mulheres que solicitaram IL por gestação decorrente de VS sofrida no período de 23/03/20 a 23/05/20 foram incluídas e compuseram o grupo da quarentena. Como grupo de comparação, utilizamos os dados de todas as mulheres que foram vítimas de VS no mesmo período nos anos de 2018 e 2019, engravidaram e solicitaram IL no serviço. As variáveis estudadas foram: características sociodemográficas (idade, cor da pele autorreferida, escolaridade, atividade ocupacional, estado conjugal e procedência), antecedente de VS, local da abordagem pelo agressor (rua ou domicílio), características da violência (aguda ou crônica; tipo de relação), do agressor (familiar, conhecido ou desconhecido; único ou múltiplos), além de uso de substância psicoativa (SPA) pelo agressor e/ou vítima no momento da VS; e foi considerado “apagamento” quando a vítima relatou incapacidade total ou parcial de se lembrar dos eventos referentes ao episódio de VS.

A coleta de dados foi realizada no Serviço de Prontuários Médicos institucional. As informações foram coletadas a partir de anotações feitas nos prontuários pela equipe multidisciplinar durante o atendimento e posteriormente registradas em um instrumento de coleta confeccionado para esta pesquisa. As informações constituíram um banco de dados, cuja consistência e limpeza foram realizadas pelas pesquisadoras.

Para comparação das variáveis categóricas, foram utilizados os testes de Qui-quadrado ou exato de Fisher. Para a comparação das variáveis numéricas foi utilizado o teste de Mann-Whitney. O nível de significância adotado foi de 5%. O software utilizado para análise foi o *Statistical Analysis System (SAS)* versão 9.1.3.

3. RESULTADOS

Analisamos dados de 31 mulheres, 12 delas no grupo da quarentena e 19 mulheres no grupo de comparação, que solicitaram avaliação para IL em função de gestação decorrente de violência sexual.

Com relação à descrição da população total de 31 mulheres atendidas, a média de idade foi de 26,7 anos (mínima: 16, máxima: 38 anos), mediana de 26 anos (dados não mostrados). Com relação às características sociodemográficas, 74,2% das mulheres autorreferiram ser brancas; 83,8% declarou não conviver com o parceiro e 75,8% apresentava nove ou mais anos de estudo. A maioria exercia algum tipo de atividade laboral, sendo que 54,8% estava empregada. Em relação à procedência, pouco mais da metade (64,5%) procedia de Campinas. Em aproximadamente metade das VS (55,2%), o agressor era desconhecido da vítima, sendo que a violência foi perpetrada majoritariamente por agressor único (86,2%) e a abordagem feita em vias urbanas (58,1%). Em 80,6% dos atendimentos foi caracterizada violência aguda (episódio único de violência sexual). Na totalidade dos casos a abordagem ocorreu com intimidação das mulheres, sendo a intimidação por força física a mais encontrada (45,8%), seguida por arma branca (25%) e arma de fogo (16,7%). Ao menos 10 vítimas (32,2%) souberam informar que o agressor se encontrava sob efeito de alguma substância psicoativa lícita e/ou ilícita. Das 31 mulheres atendidas, 14 estavam sob efeito de substância psicoativa (SPA) lícita e/ou ilícita no momento da violência, sendo que 11 referiam “apagamento”. Das 31 mulheres atendidas nos anos estudados, aproximadamente 2/3 (77,4%) compareceu desacompanhada ao serviço. Das seis mulheres que estavam acompanhadas, três estavam com suas mães, duas acompanhadas por amigo/a e uma por primo/a e cuidadora social (dados não mostrados).

A distribuição do número de mulheres que buscaram atendimento com demanda de IL após VS nos períodos estudados foi: oito

mulheres (25,8%) buscaram o serviço no ano de 2018, seguido por 11 (35,5%) no ano de 2019 e 12 (38,7%) no ano de 2020.

As Tabelas 1 e 2 mostram as características sociodemográficas e do abuso sofrido pelas mulheres. Todas elas engravidaram em decorrência de VS sofrida nos períodos estudados dos anos de 2020 e 2018/2019 e foram distribuídas nos grupos da quarentena e no grupo de comparação, respectivamente.

TABELA 1. Distribuição dos grupos segundo as características sociodemográficas

Características das mulheres	Mulheres que solicitaram IL no período de 23/03-23/05		p*
	Grupo Quarentena/2020 n=12 (%)	Grupo 2018/2019 n=19 (%)	
Faixa etária			0.542
10-19 anos	2 (16,6)	1 (5,2)	
20-29 anos	8 (66,6)	12 (63,1)	
30-39 anos	2 (16,6)	6 (31,6)	
Cor da pele autorreferida			0.676
Branca	8 (66,6)	15 (78,9)	
Não branca	4 (33,3)	4 (21,0)	
Estado conjugal			0.624
Sem parceiro/sem convívio	11 (91,6)	15 (78,9)	
Com parceiro em convívio	1 (8,3)	4 (21,0)	
Escolaridade (n=19)			1.000
≤ 8 anos	3 (25,0)	4 (23,5)	
≥ 9 anos	9 (75,0)	13 (76,4)	

Ocupação atual			0.264
Empregada	8 (66,6)	9 (47,3)	
Estudante	2 (16,6)	3 (15,8)	
Desempregada	1 (8,3)	7 (36,8)	
Sem ocupação	1 (8,3)	-	
Procedência			0.052
Campinas	11 (91,6)	9 (47,7)	
Região Metropolitana	1 (8,3)	6 (31,6)	
Fora da RMC	-	4 (21,0)	

*Teste exato de Fisher. IL: Interrupção legal. RMC: Região Metropolitana de Campinas.

TABELA 2. Antecedentes e características da violência em ambos os grupos

Antecedentes e características da VS	Mulheres que solicitaram IL no período de 23/03-23/05		p
	Grupo Quarentena/2020 n=12 (%)	Grupo 2018/2019 n=19 (%)	
Havia iniciado atividade sexual (n=30)			0.548*
Sim	10 (83,3)	17 (94,4)	
Não	2 (16,6)	1 (5,5)	
Antecedente de VS (n=14)			0.085*
Sim	6 (60,0)	-	
Não	4 (40,0)	4 (100,0)	
Abuso atual			0.022*

Agudo	7 (58,3)	18 (94,7)	
Crônico	5 (41,6)	1 (5,2)	
Tipo de agressão			1.000*
Vaginal unicamente	11 (91,6)	17 (89,4)	
Múltiplas	1 (8,3)	2 (10,5)	
Local da abordagem			0.027 [#]
Domicílio	8 (66,6)	5 (26,3)	
Rua/outros	4 (33,3)	14 (73,7)	
Forma de intimidação (n=24)			0.529*
Força física	6 (54,5)	5 (38,4)	
Arma branca	3 (27,2)	3 (23,1)	
Arma de fogo	1 (9,1)	3 (23,1)	
Ameaça verbal	1 (9,1)	-	
Outros	-	2 (15,4)	
Agressor (n=29)			0.004*
Familiar	6 (50,0)	-	
Conhecido	2 (16,6)	5 (29,4)	
Desconhecido	4 (33,3)	12 (70,6)	
Número de agressores			0.121*
Único	12 (100,0)	13 (76,4)	
≥ 2	-	4 (25,5)	
Agressor sob efeito de SPA (n=13)			1.000*
Sim	6 (75,0)	4 (80,0)	
Não	2 (25,0)	1 (20,0)	
Vítima sob efeito de SPA			0.191*

Não	9 (75,0)	8 (42,1)	
Álcool unicamente	2 (16,6)	9 (47,3)	
Droga ilícita	-	1 (5,2)	
Álcool + droga não lícita	1 (8,3)	1 (5,2)	
Apagamento (n=30)			0.443*
Sim	3 (25,0)	8 (44,4)	
Não	9 (75,0)	10 (55,5)	

*Teste exato de Fisher. #Teste de λ -Quadrado. VS: Violência sexual. SPA: Substância psicoativa.

Observamos maior frequência violência por agressor conhecido no período da pandemia, assim como VS perpetrada por familiar, abordagem em domicílio e VS crônica. Não houve diferenças entre os grupos em relação às demais variáveis analisadas, porém chamou a atenção a predominância de mulheres procedentes de Campinas (91,7% X 47,4%, $p=0,052$) e, embora com elevada taxa de dados ausentes (14/31), o predomínio de mulheres com antecedente de VS anterior (60% X 0%) no período da pandemia.

Cabe destacar que, diferentemente do observado nos anos anteriores neste serviço, no grupo das mulheres que foram violentadas e engravidaram na pandemia (grupo quarentena, $n=12$), todas as mulheres que buscaram por auxílio informaram ter acessado o serviço através de amigos ou de meios formais. Além disso, em 25% dos casos já havia medida protetiva em vigor e 16% das mulheres estavam acolhidas em instituição de proteção (dados não mostrados).

Com relação à avaliação da demanda por IL, observamos homogeneidade no tempo gestacional em que chegaram no serviço (9,1 semanas no grupo da quarentena e 10 semanas no outro grupo) e na taxa de realização de IL (66,7% grupo da quarentena e 63,2% no outro grupo); as IL não realizadas deveram-se a dois pareceres desfavoráveis no grupo de comparação, dois abandonos de seguimento antes da avaliação da comissão (um

em cada grupo), três abortos espontâneos (dois no grupo da quarentena e um no outro grupo) e quatro mulheres desistiram da IL (uma no grupo da quarentena e três no outro grupo) (dados não mostrados).

4. DISCUSSÃO

Desde o início da infecção pela Covid-19, identificada em Wuhan, na província de Hubei, República Popular da China, no início de dezembro de 2019, ainda como uma pneumonia de causa desconhecida, e com o primeiro caso oficialmente reportado em 31 de dezembro de 2019, inúmeros países passaram por profundas mudanças na rotina de vida.¹⁶ Dentre as mais importantes estão a implementação de medidas de afastamento social e a decretação, por parte dos governos, de períodos de quarentena à população em geral. Estas necessárias ações, somadas ao consequente impacto econômico, notadamente entre os mais vulneráveis, e as gravíssimas consequências à saúde pública, embasaram inúmeros desafios a serem enfrentados.¹⁷

No que tange à saúde sexual e reprodutiva, dados internacionais apontam que em relação ao acesso aos serviços de aborto legal, a pandemia da Covid-19 acentuou e expôs as dificuldades e violências estruturais já existentes, tornando ainda mais difícil o acesso individual, em decorrência das medidas de restrição e da reformulação dos serviços para atender à demanda imposta pela Covid.¹⁸ Este cenário reforça a necessidade de termos dados nacionais acerca do tema, visando empreender medidas que mitiguem as dificuldades de acesso ao cuidado a esta população, que já lida com múltiplos obstáculos para o pleno exercício dos seus direitos.

Desde 1998, o CAISM/UNICAMP tem dispensado o atendimento de emergência e seguimento ambulatorial a cerca de 150 mulheres vítimas de violência sexual por ano, das quais em torno de metade (48%) são adolescentes.⁴ Em relação às características da violência sofrida pelas mulheres que recorrem ao serviço, podemos ressaltar

que é predominantemente (cerca de 70%) de origem urbana, na qual o agressor é, em geral, desconhecido e a abordagem acontece em espaços públicos, mesmo quando há o controle das amostras para a população de adolescentes.⁴ Adicionalmente, este serviço realiza em torno de 50 atendimentos/ano a mulheres que engravidaram em decorrência de VS e buscam cuidado visando a possibilidade de interrupção legal. Entre estas, são atendidas, sobretudo mulheres vítimas de VS perpetrada por agressor desconhecido, com local de abordagem fora do domicílio.¹⁹

A pesquisa que embasou esse trabalho foi concebida, primariamente, a partir da observação empírica da equipe de assistência de que, a despeito do serviço atender majoritariamente a mulheres que sofreram VS por agressor desconhecido e em locais fora do domicílio, não se observava qualquer redução do número de atendimentos em um período em que foram impostas medidas de limitação da circulação e de isolamento social. Essa constatação gerou a necessidade de melhor compreender o que estava por trás dos números.

Neste artigo, foram avaliados os dados das mulheres que procuraram o serviço para atendimento relacionado à gestação decorrente de violência sexual e, ao parear as informações referentes ao grupo da quarentena e o grupo de comparação, evidenciou-se uma maior frequência de violência perpetrada por agressor conhecido e familiares, ocorrência em domicílio e maior frequência de abuso crônico. Além disso, apesar de não haver significância estatística, houve aumento no número de mulheres procedentes de Campinas e com história de VS anterior nos mesmos grupos.

Desde o início da quarentena, estudos de diversos países vinham apontando para a tendência de aumento das taxas de violência doméstica, listando, para isso, inúmeros fatores de risco relacionados à pandemia, como o isolamento social e privações econômicas decorrentes de diminuição de salários e perda de empregos.²⁰ Tal tendência foi corroborada em nosso serviço, chamando atenção o aumento nas taxas de violência perpetrada por agressor conhecido dentre as mulheres que demandaram avaliação

para interrupção legal de gestação. Esse expressivo aumento entre os grupos da quarentena e de comparação suscita uma série de questões, pois é bem estabelecido na literatura que vítimas de violência perpetrada por agressor conhecido mais raramente buscam por ajuda e a interrupção de uma gestação nesse contexto passa por ainda mais obstáculos morais e sociais.²¹ Chama, desta forma, ainda mais atenção, que durante um contexto de pandemia, que por si só já impõe uma série de limitações, essas mulheres tenham conseguido chegar ao nosso serviço.

Ao revisitar os resultados, constatamos que tais mulheres, para além da violência sexual, vivenciavam, em sua maioria, situações de extrema violência física e que, quando chegaram ao nosso serviço, muitas já haviam se distanciado do agressor por meio da ajuda de redes de suporte informal, como amigos, ou formal, como outros serviços de saúde ou de assistência social (acolhimento). Adiciona-se a isso a observação de que dentre as mulheres que compuseram o grupo da quarentena houve uma taxa consideravelmente superior de antecedente pessoal de violência sexual ao se comparar com o outro grupo, embora tenha havido uma expressiva taxa de dados ausentes na coleta dessa variável. Em relação a isso, a literatura aponta que pessoas submetidas a situações de violência no âmbito familiar, e com padrões abusivos de relacionamentos através das gerações, possuem maior risco para novos episódios de violência ao longo da vida.²¹ Tal ocorrência relaciona-se a diversos fatores, como maior vulnerabilidade socioeconômica, uso de substâncias psicoativas e envolvimento em relações assimétricas de poder e gênero, havendo a repetição de padrões abusivos de relacionamento e, por consequência, uma maior chance de revitimização.²²

Faz bastante sentido, dessa forma, que tenha ocorrido um aumento combinado das taxas de violência perpetrada por agressor conhecido e de mulheres com antecedente de violência sexual, culminando no aumento das taxas de abuso de caráter crônico constatada ao se comparar os grupos da quarentena e de comparação. A questão central aqui é não apenas

o aumento da ocorrência de novos casos de violência, pois muitos eram de caráter crônico, mas também buscar o entendimento de como esse ciclo se quebrou. Nesse sentido, é possível supor que, no passado, essas pacientes, mesmo submetidas à VS, não conseguissem chegar ao nosso serviço, pelas dificuldades sociais e morais relacionadas ao abuso crônico, como já exposto anteriormente. Com a pandemia, no entanto, parece ter ocorrido um agravamento da vulnerabilidade e da violência física, levando, nos casos acompanhados por nossa equipe, a uma maior procura por sistemas de cuidado, que, por sua vez, propiciaram a chegada das pacientes a um serviço de IL. Essa possibilidade requer mais dados para sua consolidação ou refutação, todavia, indica um campo a ser explorado em futuros estudos.

Levantamentos do mundo todo, embora com diferenças significativas entre localidades, têm mostrado uma tendência importante de queda, durante a pandemia, da violência de caráter urbano e dirigida a patrimônio, como roubos e furtos.²³ O mecanismo exato para esse fenômeno ainda não está claro e estudiosos alertam para a necessidade de uma avaliação criteriosa das localidades e tipos específicos de violência, embora ressaltem que a principal mudança global foi a restrição de circulação.²³ Em contrapartida, o Monitor da Violência, parceria entre o Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (USP), o Fórum Brasileiro de Segurança Pública e o site de notícias G1, mostrou aumento de 5% de assassinatos no Brasil em 2020 em comparação com os números do ano de 2019.²⁴ Além disso, ao avaliar especificamente a população feminina, nota-se aumento de 2% dos casos de homicídio, havendo também expressiva elevação do número de feminicídios (que chegou a 22% em 12 estados brasileiros), em comparação com o mesmo período de 2019.^{24,25} Por outro lado, os números referentes a estupro caíram 21% segundo o mesmo levantamento, revelando possivelmente não uma queda nas ocorrências, mas sim uma possível subnotificação dos casos, notadamente os de VS intrafamiliar.²⁶ Assim, consideramos ser possível que a brusca queda da procura de nosso serviço por mulheres que engravidaram em decorrência de violência sexual de caráter urbano

possa decorrer em parte da diminuição desse tipo de ocorrência, sendo suplantada por ocorrências perpetradas por conhecido ou familiar.

Constatamos também uma mudança significativa na procedência das pacientes que procuraram o serviço, embora sem relevância estatística, havendo uma preponderância das mulheres residentes no município de Campinas. Consideramos que tal diferença se relacione com as medidas de restrição de circulação, incluindo a diminuição das frotas de ônibus, o que dificultaria o acesso ao nosso serviço das mulheres de outras cidades da Região Metropolitana de Campinas ou de cidades ainda mais distantes que são da área de abrangência deste serviço. Tal hipótese torna ainda mais preocupante o fato de não ter havido redução no número de atendimentos, pois esses deveram-se, quase exclusivamente, a uma área geográfica mais restrita, ou seja, um só município.

É possível que medidas de restrição de circulação, aliadas às informações por vezes pouco claras sobre o acesso a serviços de saúde, tenham inibido a busca por cuidado por parte de mulheres que engravidaram em decorrência de VS e tinham demanda de avaliação para IL. Sendo assim, esse contexto exige adaptações na veiculação de informações sobre o acesso aos serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência, com as devidas adequações para o momento de pandemia, utilizando diversos canais de comunicação através das redes sociais e aplicativos como WhatsApp, como tem sido realizado por vários serviços da rede de assistência social e jurídica, entre outros, além de manter as mulheres informadas sobre procedimentos de proteção e sigilo durante o período de isolamento social.²⁷

Os dados sobre a manutenção das taxas de realização de IL na pandemia, descritos nesse artigo, sugerem que a manutenção do atendimento de forma presencial, com uso de protocolo já existente e adaptado para o período foi exitosa. Para isso, foram disponibilizados outros canais para comunicação em função da alteração do horário do funcionamento ambulatorial, porém mantido o protocolo de atendimento emergencial 24 horas. Os atendimentos foram prestados pela equipe multidisciplinar,

composta por profissionais de assistência social, enfermagem, ginecologia, psicologia e psiquiatra. As reuniões para discussão e análise dos pedidos de interrupção legal, entre a equipe multidisciplinar e a diretoria clínica, aconteceram de forma online, por meio de plataformas digitais, seguindo cuidadosamente as normas vigentes (Portaria 2.561/MS).²⁸ As assinaturas das atas e documentações, que antes eram colhidas imediatamente após o término das reuniões, passaram a ser colhidas individualmente por cada profissional, evitando assim aglomerações, mas mantendo a agilidade no processo.

O maior número de casos intrafamiliares, que demandaram o acionamento de dispositivos dos demais serviços da rede de atendimento sociojurídicos e de assistência social em Campinas e região, mostrou que a mudança do trabalho presencial para o remoto nesses setores dificultou o encaminhamento e o acolhimento para algumas demandas apresentadas pelas mulheres. Por outro lado, tanto as Delegacias de Direitos das Mulheres quanto o atendimento de alta complexidade para acolhimento não mudaram o funcionamento, e exerceram papel fundamental para a proteção das mulheres.

Não obstante, é importante apontar algumas limitações do presente estudo. A primeira refere-se à presença de dados ausentes em algumas variáveis, denotando problemas no preenchimento completo das informações no prontuário, dificuldade frequente em estudos retrospectivos. Tal limitação reforça a necessidade de atenção na qualidade dos registros. Além disso, o tempo restrito no qual embasamos essa pesquisa (primeiros 60 dias da quarentena no município) e seu correlato no biênio anterior reduziu o tamanho amostral e limitou análises mais robustas.

A despeito disso, foi possível apontar diferenças significativas nas características das VS nas quais decorreu gestação com demanda para IL no período de maior restrição da pandemia, com destaque para mudanças quanto à maior frequência de violência perpetrada por agressor conhecido e familiares, ocorrência em domicílio e maior frequência do abuso crônico,

além de um aumento no número de mulheres procedentes de Campinas e com história de VS anterior. Os dados indicaram, também, que as adaptações realizadas pela equipe e pela instituição permitiram a continuidade do atendimento de VS no CAISM, mesmo diante da pandemia da Covid-19, embora tenhamos observado dificuldades para o encaminhamento a outros serviços, como de assessoria jurídica e de assistência social, esta última, mais próxima do território de referência das mulheres atendidas. Esse artigo contribui com demais dados nacionais, a serem compilados com informações de diversas regiões e tipos de serviço que, em conjunto, poderão detalhar o cenário da busca do cuidado após VS, particularmente quando ocorre o agravo da gestação e aumento da demanda por IL no Brasil.

REFERÊNCIAS

- 1- WHO, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council, editor. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2013. 51 p. ISBN: 978924564625. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>. Acesso em: 19 mar. 2021.
- 2- SENADO FEDERAL. Observatório da Mulher Contra a Violência. **Panorama da violência contra as mulheres no Brasil: indicadores nacionais e estaduais**. 1ª ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Data Senado; 2016. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/pdfs/panorama-da-violencia-contra-as-mulheres-no-brasil-indicadores-nacionais-e-estaduais-no-1-2016>. Acesso em: 23 mar. 2021.
- 3- SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM CAMPINAS. Boletim SISNOV nº 12. Boletins SISNOV. 2017; (12); Disponível em: <http://sisnov.campinas.sp.gov.br/boletim12.html>. Acesso em: 23 mar. 2021.

- 4- FACURI, C.O.; FERNANDES, M.A.S.; OLIVEIRA, K.D.; ANDRADE, T.S.; AZEVEDO, R.C.S. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Mai. 2013; 29 (5): 889-898. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2013000500008&lng=en. Acesso em: 27 mar. 2021.
- 5- UN WOMEN HEADQUARTERS. Covid-19 and ending violence against women and girls. **EVAW Covid-19 briefs**. 2020. Disponível em: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/issue-brief-Covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls#:~:text=Covid%2D19%20and%20ending%20violence%20against%20women%20and%20girls,This%20brief%20highlights&text=It%20is%20a%20living%20document,which%20the%20crisis%20is%20occurring>. Acesso em: 21 mar. 2021.
- 6- Outra face da pandemia: violência contra mulheres dispara no mundo. **Carta Capital**. 23 nov. 2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/outra-face-da-pandemia-violencia-contra-mulheres-dispara-no-mundo/>. Acesso em: 26 mar. 2021.
- 7- Domestic violence increases in France during Covid-19 lockdown. **EURACTIV**. 31 mar. 2020. Disponível em: <https://www.euractiv.com/section/politics/news/domestic-violence-increases-in-france-during-Covid-19-lockdown/>. Acesso em: 25 mar. 2021.
- 8- KRUG, E.G.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J.Á.; ZWI, A.B.; LOZANO, R., editores. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization.; 2002. p. ISBN: 9241545615. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42495>. Acesso em: 10 mar. 2021.
- 9- TALIB, R.A.; CITELI, M.T. Dossiê: serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros. São Paulo: **Católicas pelo Direito de Decidir**; 2005. ISBN: 85-87598-09-0. Disponível em: <https://catolicas.org.br/wp-content/uploads/2021/01/publicacao-DossieAbortoLegal.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2021.

- 10- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica [Internet]. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 60 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos e Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 4 vol. ISBN: 978-85-334-1711-3. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 15 mar. 2021.
- 11- HIGA, R.; MONDACA, A.D.C.A.; REIS, M.J.; LOPES, M.H.B.M. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de Enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**. Jan. 2008; 42(2): 377-382. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342008000200023&lng=en. Acesso em: 27 mar. 2021.
- 12- PODER EXECUTIVO. **Decreto nº 20.782**, de 21 de março de 2020: Declara situação de calamidade pública, estabelece regime de quarentena no Município de Campinas, e define outras medidas para o enfrentamento da pandemia decorrente do Coronavírus (Covid-19). Diário Oficial de Campinas - SP. Acesso em: 22 mar. 2020.
- 13- Covid-19: isolamento social sobe na região, mas Campinas e mais 3 ficam abaixo da média do Estado. **Portal de Notícias G1**. 04 Mai. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2020/05/04/covid-19-isolamento-social-sobe-na-regiao-mas-campinas-e-mais-3-ficam-abaixo-da-media-do-estado.ghtml>. Acesso em: 27 mar. 2021.
- 14- FISCHER, H.T.; ELLIOTT, L.; BERTRAND, S.L. Guidance Note on the Protection of Children During Infectious Disease Outbreaks. **The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action**; 2018. 57 p. Disponível em: <https://alliancecpa.org/en/child-protection-online-library/briefing-note-guidance-note-protection-children-during-infectious>. Acesso em: 24 mar. 2021.
- 15- POLANCZYK, G.V.; ZAVASCHI, M.L.; BENETTI, S., ZENKER, R., GAMMERMAN, P.W. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. **Rev. Saúde Pública**. Fev. 2003; 37(1): 8-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100004&lng=en. Acesso em: 25 mar. 2021.

- 16- ZHOU, F.Z.; YU, T.; *et al.* Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with Covid-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **Lancet**. 11 Mar. 2020; (395(10229)):1054–1062. DOI 10.1016/S0140-6736(20)30566-3 PMID: PMC7270627. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7270627/>. Acesso em: 27 mar. 2021.
- 17- AQUINO, E.M.L.; SILVEIRA, I.H.; PESCARINI, J.M. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de Covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. Jun. 2020; 25 (Suppl1):2423-2446. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25s1/1413-8123-csc-25-s1-2423.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2021.
- 18- NANDAGIRI, R; COAST, E; STRONG, J. Covid-19 and Abortion: Making Structural Violence Visible. **Int Perspect Sex Reprod Health**. 14 dez. 2020; (46(Suppl 1):83-89. DOI 10.1363/46e1320. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/10.1363/46e1320#metadata_info_tab_contents. Acesso em: 08 mar. 2021.
- 19- DOS SANTOS, D.M.; ANGERAME, D.Y. Sociodemographic characteristics of women in a public hospital in Campinas who underwent legal abortion due to sexual violence: cross-sectional study. **Sao Paulo Med. J.** Ago. 2017; 135(4):363-368. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/spmj/v135n4/1806-9460-spmj-1516-3180-2017-0048150317.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2021.
- 20- MAZZA, M.; MARANO, G.; LAI, C.; JANIRI, L.; SANI, G. Danger in danger: Interpersonal violence during Covid-19 quarantine. **Psychiatry Res.** Jul. 2020 (289:113046) DOI 10.1016/j.psychres.2020.113046. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32387794/>. Acesso em: 11 mar. 2021.
- 21- CURIA, B.G.; GONÇALVES, V.D.; CARVALHO, J.Z.; RUOSO, A.; LIGÓRIO I.S.; HABIGZANG, L. Produções Científicas Brasileiras em Psicologia sobre Violência contra Mulher por Parceiro Íntimo. **Psicologia: Ciência e Profissão**. 18 mai. 2020; 40 DOI <https://doi.org/10.1590/1982-3703003189184>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932020000100103. Acesso em: 22 mar. 2021.
- 22- NARVAZ, M.G.; KOLLER, S.H. Mulheres vítimas de violência doméstica: Compreendendo subjetividades assujeitadas. **Psico**. 31 jul. 2006; 37(1). Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1405>. Acesso em: 21 mar. 2021.

- 23- STICKLE, B.; FELSON, M. Crime Rates in a Pandemic: The Largest Criminological Experiment in History. **American Journal of Criminal Justice**. 16 jun. 2020; 45: 525–536. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12103-020-09546-0>. Acesso em: 11 mar. 2021.
- 24- Brasil tem aumento de 5% nos assassinatos em 2020, ano marcado pela pandemia do novo coronavírus; alta é puxada pela região Nordeste. **Portal de Notícias G1**. 12 fev. 2021: Disponível em: <https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2021/02/12/brasil-tem-aumento-de-5percent-nos-assassinatos-em-2020-ano-marcado-pela-pandemia-do-novo-coronavirus-alta-e-puxada-pela-regiao-nordeste.ghtml>. Acesso em: 19 mar. 2021.
- 25- Casos de feminicídio crescem 22% em 12 estados durante pandemia: Números da violência contra a mulher caíram em apenas três estados. **Agência Brasil** 01 jul. 2020: Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2020-06/casos-de-feminicidio-crescem-22-em-12-estados-durante-pandemia>. Acesso em: 18 mar. 2021.
- 26- Assassinatos de mulheres sobem no 1º semestre no Brasil, mas agressões e estupros caem; especialistas apontam subnotificação durante pandemia. **Portal de Notícias G1**. 16 set. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2020/09/16/assassinatos-de-mulheres-sobem-no-1o-semester-no-brasil-mas-agressoes-e-estupros-caem-especialistas-apontam-subnotificacao-durante-pandemia.ghtml>. Acesso em: 16 mar. 2021.
- 27- MARQUES, E.S.; MORAES, C.L.; HASSELMANN, M.H.; DESLANDES, S.F.; REICHENHEIM, M.E. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela Covid-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cad. Saúde Pública**. 2020; 36(4): e00074420. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000400505&tlng=pt. Acesso em: 21 mar. 2021.
- 28- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N° 2.561**. 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. 24 set. 2020.

TELESSAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E ABORTO LEGAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

Renata Rodrigues Catani^a

Luzia Silva dos Santos^b

Mariana Hasse^c

Marisa Aparecida Elias^d

Helena Borges Martins da Silva Paro^e

-
- a Departamento de Ética e Humanidades em Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia e Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual do Hospital de Clínicas de Uberlândia (NUAVIDAS HC/UFU).
- b Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual do Hospital de Clínicas de Uberlândia (NUAVIDAS HC/UFU).
- c Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual do Hospital de Clínicas de Uberlândia (NUAVIDAS HC/UFU) e Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia.
- d Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual do Hospital de Clínicas de Uberlândia (NUAVIDAS HC/UFU) e Escola Técnica de Saúde (ESTES), Universidade Federal de Uberlândia.
- e Departamento de Ética e Humanidades em Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia e Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual do Hospital de Clínicas de Uberlândia (NUAVIDAS HC/UFU).

RESUMO: A telessaúde apresenta-se como uma alternativa promissora para garantir a continuidade dos serviços de atenção a meninas e mulheres em situação de violência sexual e aborto previsto em lei durante a pandemia da Covid-19. Neste relato de experiência, apresentamos o uso da telessaúde pela equipe do Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual do Hospital de Clínicas de Uberlândia, Minas Gerais (NUAVIDAS HC/UFU), tanto para os atendimentos, como para o acompanhamento de mulheres em protocolo de aborto medicamentoso em regime domiciliar. Discutimos, ainda, as potencialidades e os desafios relacionados ao uso das tecnologias da informação no cuidado em saúde a pessoas em situação de violência sexual no contexto da pandemia.

PALAVRAS-CHAVE: Telemedicina; Delitos Sexuais; Saúde da Mulher; Pandemias

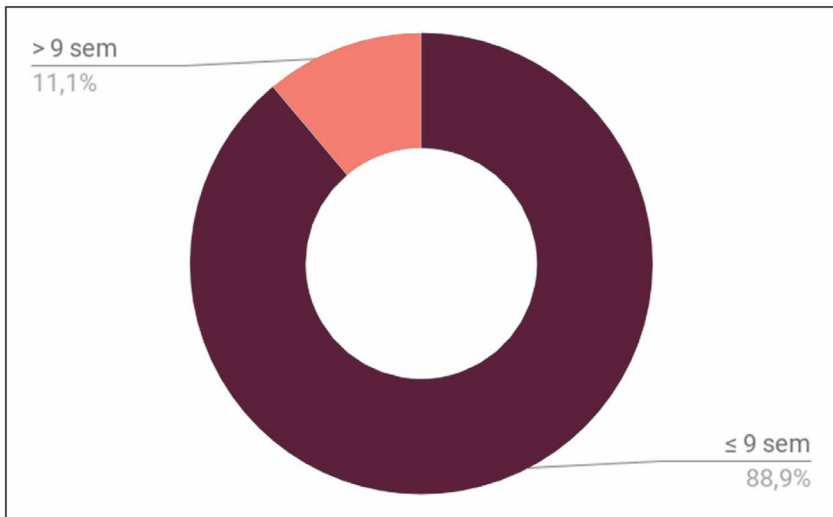
1. O NUAVIDAS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

O Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual do Hospital de Clínicas de Uberlândia (NUAVIDAS HC/UFU) é um serviço composto por uma equipe de profissionais da saúde (médicas ginecologistas/obstetras e pediatras, psicólogas, assistentes sociais e enfermeiras) e do direito (advogadas e assistentes sociais) que atuam no atendimento ambulatorial e hospitalar a pessoas em situação de violência sexual de Uberlândia/MG e região. O serviço foi estruturado em 2017, e desde março de 2020 tem buscado se adaptar às medidas de contingenciamento da pandemia da Covid-19 para garantir o acesso de meninas e mulheres em situação de violência sexual ao atendimento essencial em saúde.

No ano de 2020, observamos um aumento expressivo do número de meninas e mulheres submetidas ao aborto previsto em lei em comparação com os anos anteriores de atuação da equipe do NUAVIDAS (Figura 1). Também observamos um agravamento da violência sexual sofrida por crianças, que passaram a ter maior contato com seus

agressores, geralmente familiares, devido à necessária suspensão das atividades presenciais das escolas.

FIGURA 1. Número de abortos previsto em lei por gravidez decorrente de estupro realizados no Hospital de Clínicas da Universidade de Uberlândia/MG (março/2017 – dezembro/2020)



Sabemos que a intensificação das situações de violência vivenciadas por crianças e mulheres foi observada em epidemias anteriores.^{1,2} Durante a atual pandemia da Covid-19, que já é considerada a maior crise mundial de saúde pública dos últimos anos pelas Nações Unidas,³ o aumento da violência contra crianças e mulheres tem sido constatado em vários lugares do mundo.^{4,6}

Apesar desse aumento, diversos serviços de saúde foram descontinuados para o direcionamento de recursos ao enfrentamento da Covid-19. Isso ocorreu porque muitos gestores locais suspenderam os serviços de atendimento a vítimas de violência sexual, em um entendimento equivocado de que o aborto, por ser um procedimento eletivo, não seria um serviço essencial. Em um levantamento realizado em junho de 2020, constatou-se uma redução de 45% dos serviços de aborto previsto em lei no Brasil.⁷

No entanto, conforme diretrizes da Organização Mundial de Saúde, os serviços de atenção a pessoas em situação de violência sexual e aborto previsto em lei são considerados essenciais e não devem ser suspensos durante a pandemia.^{3,8} Os serviços devem, sim, se adequar de maneira a minimizar a necessidade de deslocamento e o risco de contágio das pessoas, além de otimizar o uso dos escassos equipamentos de proteção individual para os profissionais de saúde.⁹

Desse modo, para além da tarefa árdua do cuidado em saúde a pessoas em situação de violência, reconstruir o serviço de assistência às vítimas no contexto de pandemia exigiu-nos sublinhar quais são os objetivos primordiais em saúde, e então repensar as estratégias de trabalho conforme sua ética, eficácia e viabilidade de implementação.

Numa tentativa de viabilizar a readequação dos serviços de saúde, o governo federal e os conselhos profissionais autorizaram o uso da telemedicina/telessaúde* para atendimentos em saúde durante a crise^{10,15} e, a partir disso, nos readequamos para os atendimentos de forma remota. O atendimento por telessaúde é uma alternativa possível e necessária para a continuidade do cuidado neste período de necessário distanciamento social.¹⁶

Experiências prévias contribuiram com nossa readequação para o atendimento por telessaúde. Estudos apontam que o atendimento por telessaúde traz benefícios a mulheres em situação de violência sexual, com resultados positivos inclusive para a saúde mental dessa população em intervenções clínicas a distância.^{3,8,17}

* O termo telessaúde refere-se ao “uso de informações eletrônicas e tecnologias de comunicação para apoiar e promover o cuidado clínico à distância, a educação em saúde e de profissionais, e a saúde e administração públicas” (GOLDSTEIN, K.M.; ZULLIG, L.L.; DEDERT, E.A.; TABRIZ, A.A.; BREARLY, T.W.; RAITZ, G. *et al.* Telehealth Interventions Designed for Women: An Evidence Map. **J Gen Intern Med** 2018;33(12):2191-2200. DOI: 10.1007/s11606-018-4655-8).

2. A ADEQUAÇÃO DO ATENDIMENTO PARA O USO DA TELESSAÚDE

Embora estivéssemos amparadas tanto por estudos sobre os benefícios da telessaúde nas situações de violência sexual quanto pela legislação brasileira,[†] adequar o nosso processo de trabalho para o teleatendimento gerou ansiedade em toda a equipe. Nossas preocupações se relacionavam ao pioneirismo da atividade no Brasil, à falta de dimensionamento sobre a aceitação da nova forma de atendimento pelas mulheres e de como se estabeleceria o vínculo e a confiança entre as usuárias e os profissionais de saúde por meio da tecnologia.

A implementação dessa nova modalidade de atendimento exigiu a discussão e definição de quais intervenções poderiam ser realizadas de modo remoto e quais exigiriam o atendimento presencial. Para a definição da modalidade de atendimento, levamos em consideração a preferência da mulher, a disponibilidade de internet, celular ou computador, a existência de espaço de privacidade e segurança para a mulher, a necessidade de exame físico de acordo com as queixas, sintomas ou necessidade de procedimentos contraceptivos (inserção de DIU ou implante). A avaliação do risco relacionado à saúde mental, como a presença de transtorno mental grave, tentativas de suicídio, comportamentos de *acting out*,[‡] também é considerada na definição da modalidade de atendimento (Quadro 1). Uma vez definida a modalidade de atendimento remota/telessaúde, a mulher pode escolher a plataforma digital de sua preferência (videochamada ou telechamada por WhatsApp ou outra plataforma de videoconferência).

† A ANVISA, em 24 de março de 2020, promulgou a RDC 357, que autorizou, temporariamente, a entrega remota de medicações especiais, como as listadas na Portaria 344/1998, na qual consta o misoprostol. O governo federal brasileiro promulgou a Lei nº 13.989 em 15 de abril de 2020, que autorizou o atendimento por telemedicina em caráter emergencial durante a vigência da pandemia.

‡ *Acting out*, para a psicanálise, são ações que, geralmente, apresentam um caráter impulsivo, isoláveis no decurso das atividades do sujeito e que podem tomar uma forma auto ou hetero agressiva (LAPLANCHE, J. **Vocabulário de Psicanálise**/Laplanche e Pontalis. 4ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001).

QUADRO 1. Critérios para a definição da modalidade de atendimento no NUAVIDAS HC/UFU

Condições necessárias para o atendimento remoto/telessaúde	Contraindicações para o atendimento remoto/telessaúde
<p>Disponibilidade de internet, celular ou computador</p> <p>Existência de espaço de segurança e privacidade</p>	<p>Necessidade de realizar exame físico</p> <p>Necessidade de inserção de DIU* ou implante</p> <p>Transtorno mental grave, tentativas de suicídio, comportamentos de <i>acting out</i></p>

*DIU: dispositivo intrauterino.

Para os atendimentos do ambulatório no período pandêmico, independentemente se presencial ou telessaúde, organizamos a equipe com número mínimo de profissionais nos atendimentos: psicóloga, assistente social e médica ginecologista. Para viabilizar a estratégia remota, utilizamos verba oriunda de projeto financiado pelo Ministério Público Federal para a aquisição de aparelhos celulares, planos de internet e assinatura digital com certificação ICP-Brasil para emissão eletrônica de documentos.

Consideramos e primamos pela construção de um *setting* terapêutico no qual a mulher pode ser escutada, avaliada e receber orientações, intervenções e assistências básicas, semelhantes ao atendimento presencial. Assim, no teleatendimento seguem preservados elementos do *setting* como acessibilidade e liberdade para fala e expressão, a presença de profissionais capacitados dedicados à escuta e privacidade e conforto para ambas as partes.¹⁸ Para isso, sempre asseguramos que a pessoa esteja em um lugar que garanta a sua privacidade e o sigilo profissional.

Nossos primeiros atendimentos foram surpreendentes. Logo nos casos iniciais, percebemos a possibilidade do estabelecimento do vínculo e de uma comunicação eficaz com a pessoa por meio do teleatendimento.

Lembramos que em um desses atendimentos, uma adolescente de 14 anos se emocionou em seu primeiro encontro com a equipe do NUAVIDAS, e também emocionou a equipe, após relatar os seus sentimentos quando se deu conta da violência sexual crônica que vivia há mais de dois anos, perpetrada pelo pai. Experiências como essa reforçam o potencial de vinculação e terapêutico da telessaúde.

Percebemos que para diversas mulheres a telessaúde foi um facilitador para o acesso ao serviço em saúde. A redução de custos para o deslocamento (municipal, estadual e interestadual, já que o HC-UFU é referência na região) e a diminuição do risco de se contaminarem pelo coronavírus foram os principais motivos pela preferência pelos atendimentos por telessaúde. Além disso, o teleatendimento contribuiu para a redução do fluxo de pessoas no hospital, do risco de contágio e do uso de recursos hospitalares.

3. O ABORTO PREVISTO EM LEI POR TELESSAÚDE

Após alguns meses do início do teleatendimento, as inquietações da equipe a respeito das limitações de acesso ao direito de aborto que o período impunha seguiam presentes. Assim, após várias reuniões com a direção do hospital, comitê de ética e equipe da Farmácia, o NUAVIDAS implementou um protocolo para a realização de aborto legal por meio de tratamento medicamentoso domiciliar até nove semanas de gravidez. Além da idade gestacional, definimos outros critérios de elegibilidade para o aborto domiciliar por telessaúde: compreensão das informações fornecidas sobre as etapas do tratamento, possibilidade de acesso ao serviço de saúde local, acesso a telefone ou internet para realizar ligações ou videochamadas, ausência de contraindicações ao uso do misoprostol e ausência de fatores de risco para gravidez ectópica (Quadro 2).

A equipe do NUAVIDAS ainda requer o atendimento presencial para assinatura de termos exigidos pelo Ministério da Saúde¹⁹ e para que

a mulher consiga receber as medicações para o tratamento domiciliar. O telemonitoramento das pacientes que optam pelo aborto legal nessa modalidade é realizado de forma ininterrupta por médicas e psicólogas por meio de telefone e videochamadas durante todo o período do uso da medicação e nas horas subsequentes. A essa modalidade de tratamento, denominamos aborto previsto em lei parcialmente por telessaúde, já que ainda há a possibilidade de o tratamento ser realizado integralmente de maneira remota, sem a necessidade de comparecimento da menina ou mulher ao serviço de saúde.

QUADRO 2. Critérios de elegibilidade para o aborto domiciliar por telessaúde do NUAVIDAS, Hospital de Clínicas da Universidade de Uberlândia

A menina ou mulher possui:

- Idade gestacional menor ou igual a nove semanas (63 dias)
- Compreensão das informações fornecidas sobre as etapas do tratamento
- Possibilidade de acesso ao serviço de saúde local
- Telefone ou internet para realizar ligações ou videochamadas
- Ausência de contraindicações ao uso do misoprostol
- Ausência de fatores de risco para gravidez ectópica*

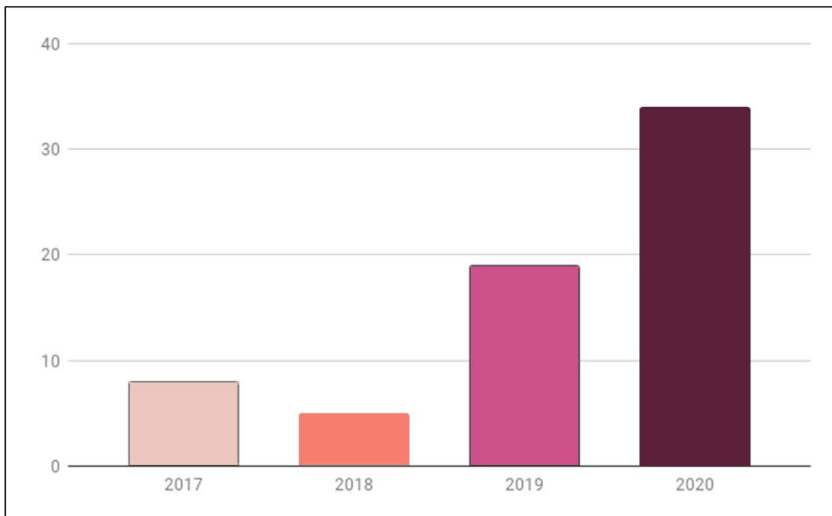
* São fatores de risco para gravidez ectópica: dor pélvica unilateral ou dor pélvica bilateral importante na última semana; cirurgia tubária prévia; dispositivo intrauterino in situ no momento da concepção.

A implantação do protocolo de aborto parcialmente por telessaúde também foi muito importante para a gestão hospitalar. Desde o início do protocolo, em agosto de 2020, atendemos 20 meninas e mulheres que desejavam a interrupção da gravidez resultante de estupro, das quais 15 (75%) preenchem os critérios de elegibilidade para o aborto domiciliar e optaram por essa modalidade de tratamento. Em 2021, durante a fase mais crítica da pandemia para o município, com o colapso do sistema

regional de saúde, conseguimos evitar 88,9% de internações para o aborto legal (Figura 2).

Vale destacar que, além das restrições atuais, a internação em leito hospitalar para realização do aborto sempre é motivo de estresse em função dos preconceitos e risco de ações iatrogênicas – como desconfiança sobre a veracidade do relato e/ou julgamento sobre as circunstâncias da ocorrência violência, revitimização e desrespeito ao direito de escolha pela interrupção – por parte de profissionais de saúde para com estas mulheres.²⁰ Dessa forma, apesar das restrições em decorrência da pandemia, conseguimos assegurar o tratamento seguro e eficaz, sem internação, de todas as meninas e mulheres que nos procuraram em busca do aborto previsto em lei durante esse período.

FIGURA 2. Percentual de meninas e mulheres em protocolo de aborto domiciliar por telessaúde no NUAVIDAS HC/UFU (janeiro/2021 a março/2021)



4. MULHERES QUE REALIZARAM O ABORTO LEGAL POR TELESSAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: IMPRESSÕES INICIAIS

Teresa[§] estava apavorada com a possibilidade de que sua família e colegas de trabalho soubessem da violência que sofreu e do aborto que realizaria. Esse é um sentimento comum a diversas mulheres, já que o medo do julgamento e culpabilização não é irracional diante das inúmeras reações de descrédito dirigidas às falas femininas. Por isso, muitas deixam de expressar uma parte importante de suas histórias, o que inúmeras vezes as levam a passar pelo processo do aborto legal sem o suporte de suas redes sociais.

É frequente nas vítimas de estupro a culpa aparecer associada a fantasias de que elas foram responsáveis pela violência, seja pela roupa que estavam usando na ocasião, seja pelo horário em que se encontravam fora de casa ou, ainda, por acreditarem que poderiam ter se defendido do agressor. Ao se responsabilizarem pela violência, elas temem que o estupro se torne público e que sejam estigmatizadas, culpabilizadas ou rejeitadas socialmente.²¹

Teresa foi atendida presencialmente na primeira consulta pela médica, psicóloga e assistente social em uma consulta compartilhada. Após discussões a respeito das alternativas diante de uma gravidez resultante de estupro, Teresa optou por realizar o tratamento medicamentoso em casa (ela reside em uma cidade próxima de Uberlândia com seus dois filhos) e ser acompanhada pela equipe por telessaúde. Ela recebeu suporte multiprofissional durante todo o processo.

O recurso do telefone institucional, um para uso médico e outro para uso da psicologia, aproxima a equipe da mulher e permite o acesso direto a ela durante todo o tratamento. Assim, é possível avaliar o processo de aborto, acompanhar possíveis intercorrências e prevenir problemas.

§ Todos os nomes das mulheres foram alterados para garantir o anonimato.

Após o procedimento, todas as consultas médicas e psicológicas de Teresa também foram realizadas por teleatendimento, o que evitou seu deslocamento até o serviço. O seguimento no NUAVIDAS foi essencial para Teresa, já que ela não desejava procurar nenhum profissional de saúde em sua cidade, com medo de ter que contar novamente sua história para um desconhecido e correr o risco de que a violência que sofreu e o aborto fossem expostos. Hoje, apesar de ainda ter medo de possíveis julgamentos pelas escolhas que fez, Teresa – que não se imaginava realizando um aborto antes dessa experiência – relata que se identifica com as mulheres que realizam aborto legal no Brasil.

Outro caso que destaca a viabilidade e riqueza da proposta de atendimento multiprofissional por telessaúde é o de Maria, jovem de 26 anos, separada e com dois filhos, de dois e três anos. No dia de sua primeira consulta, que foi presencial, a médica participou de forma remota. A psicóloga recebeu Maria presencialmente e conduziu a consulta com a médica em videoconferência. Maria estava nervosa e relatou sua história com o ex-companheiro, uma relação com inúmeras violências e denúncias registradas na Delegacia da Mulher. Já em processo de separação, ela foi estuprada pelo ex-marido, que não fez uso de preservativo. Ao relatar a gravidez e depois de ser orientada sobre as alternativas diante do diagnóstico, Maria optou pelo aborto por telessaúde. A partir de então, tomadas todas as providências protocolares, como registro documental, notificação do caso, entrega dos medicamentos e orientações por escrito, todos os contatos com Maria passaram a ser de forma virtual.

Já no dia seguinte, pela manhã, no horário de sua preferência, Maria iniciou o tratamento em casa e foi acompanhada pela equipe médica e psicológica por WhatsApp. Durante o dia, ela sentiu-se ansiosa, com medo de falha do tratamento, mas durante a noite do mesmo dia, começou a apresentar sangramento vaginal, conforme esperado pela equipe.

No atendimento remoto realizado na semana seguinte, Maria relatou alívio pelo tratamento bem-sucedido. Porém, ela referiu estar triste em

função das ameaças do ex-marido sobre a guarda das crianças. Oferecemos a possibilidade da orientação jurídica pela equipe de advogadas do NUAVIDAS e optamos por continuar com acompanhamento médico e psicológico por mais algumas semanas para dar-lhe o suporte necessário para a retomada de sua rotina.

Após um mês de atendimentos, foi possível compreender que Maria havia reestabelecido sua rotina, conseguiu definir a guarda dos filhos e retomou seus vínculos sociais. Maria tem realizado psicoterapia com profissional de sua escolha na saúde privada, em tentativa de compreender o relacionamento abusivo vivido. As intervenções psicoterapêuticas objetivam a prevenção ou supressão de sintomas ou transtornos desencadeados pela experiência traumática e a reintegração psicossocial da mulher. O propósito é que a mulher, após um período inicial de isolamento social, seja capaz de retomar suas atividades cotidianas e interagir com outras pessoas.²² Depois de três meses de acompanhamento multiprofissional, Maria recebeu alta do NUAVIDAS, após inserção de um dispositivo intrauterino (DIU) a seu pedido.

No entanto, é importante reconhecer que nem todos os atendimentos acontecem sem intercorrências, especialmente aquelas de ordem emocional. Em nossa percepção, sintomas de ansiedade anteriores à violência geralmente são exacerbados durante o tratamento domiciliar, mesmo com o acompanhamento da equipe multiprofissional. O abandono do acompanhamento pela mulher, após o tratamento, também é um desafio. Com frequência, também percebemos que muitas mulheres que buscam o aborto legal evitam retornar ao ambiente do serviço de saúde, por lembrarem da situação de sofrimento vivida em decorrência da violência sexual. Nesse sentido, o atendimento virtual tem o potencial de diminuir o absenteísmo às consultas, já que a mulher pode vivenciar o tratamento e o acompanhamento em sua própria casa.

A equipe multiprofissional tem um papel muito importante no sentido de minimizar e resolver estes problemas. Corrêa,²⁴ ao estudar

o atendimento a vítimas de violência sexual, ressalta o lugar da escuta atenta que, a partir das diferentes experiências, expertises, autoridades e posições, pode contribuir para construção de uma relação mutuamente desafiadora e transformadora.

Nosso relato evidencia que a estratégia da telessaúde, ainda que de forma parcial (presencial e remota), é ideal para assegurar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em situação de agressão sexual.³ O acompanhamento das profissionais do NUAVIDAS durante o aborto medicamentoso em regime domiciliar tem se mostrado uma alternativa eficaz para contornar a situação de restrição de leitos no HC/UFU e do risco de contaminação pelo coronavírus, principalmente durante os meses em que a lotação dos leitos hospitalares chegou a 100% por várias semanas em nosso município.²⁴

5. OS PRÓXIMOS DESAFIOS

A partir dessa primeira experiência exitosa, é imperativo avançarmos para o atendimento a meninas e mulheres que buscam o aborto legal de maneira integralmente remota, com acolhimento multidisciplinar a distância, assinatura digital dos termos e envio das medicações pelos correios. A equivocada interpretação literal da regulação do misoprostol para uso hospitalar e a retórica do “risco do aborto” medicamentoso (já superada pelas atuais evidências científicas), amplamente utilizada em nome da saúde pública,²⁵ impõem dificuldades adicionais à ampla adesão da modalidade de atendimento integralmente por telessaúde. No entanto, sabemos que o atendimento integral por telessaúde tem o potencial de diminuir ainda mais as barreiras físicas impostas pelo número escasso de serviços a meninas e mulheres brasileiras.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência relatada permitiu compreender que a tecnologia é uma boa ferramenta para possibilitar o encontro entre duas ou mais pessoas no cenário da atenção à saúde. Independentemente dos elementos emergenciais desencadeados pela pandemia do Coronavírus, a presença física, em diversas situações, não é essencial para o fluxo de comunicação entre profissionais de saúde, meninas e mulheres em situação de violência sexual.

Esperamos que nossa experiência seja capaz de motivar outros serviços brasileiros para o uso da telessaúde como uma alternativa para facilitar o acesso das meninas e mulheres aos serviços de atenção a pessoas em situação de violência sexual e aborto legal. Essa estratégia ainda tem o potencial de diminuir o fluxo de atendimento e internação nos hospitais e o uso desnecessário dos recursos em saúde e, quando for uma modalidade de atendimento necessário e/ou preferencial para a menina ou mulher, poderá ser mantido mesmo após a pandemia.

REFERÊNCIAS

1. VU, A.; ADAM, A.; WIRTZ, A.; PHAM, K.; RUBENSTEIN, L.; GLASS, N.; SINGH, S. The prevalence of sexual violence among female refugees in complex humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis. **PLoS Curr** 2014; 6. DOI: 10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7.
2. JOHN, N.; CASEY, S.; CARINO, G.; MCGOVERN, T. Lessons Never Learned: Crisis and gender-based violence. **Dev World Bioeth** 2020. DOI: 10.1111/dewb.12261.
3. UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNPFA). **Coronavirus (Covid-19) Pandemic**: UNPF Global Response Plan. UNPF: New York, April 2020.

4. LUNDIN, R.; ARMOCIDA, B.; SDAO, P.; PISANU, S.; MARIANI, I.; VELTRI, A.; LAZZERINI, M. Gender-based violence during the Covid-19 pandemic response in Italy. **J Glob Health**, v. 10, n. 2, p. 020359, 2020. DOI: 10.7189/jogh.10.020359.
5. RODRIGUEZ-JIMENEZ, R.; FARES-OTERO, N.E.; GARCÍA-FERNANDEZ, L. Gender-based violence during Covid-19 outbreak in Spain. **Psychol Med**, 07 dez. 2020, p. 1-2. DOI: 10.1017/S0033291720005024. Epub ahead of print.
6. FAWOLE, O.I.; OKEDARE, O.O.; REED, E. Home was not a safe haven: women's experiences of intimate partner violence during the Covid-19 lockdown in Nigeria. **BMC Womens Health**, v. 21, n. 1, p.32, 2021. DOI: 10.1186/s12905-021-01177-9.
7. Atualização no mapa Aborto Legal indica queda em hospitais que seguem realizando o serviço durante pandemia. **Artigo 19**. 02 jun. 2020. Disponível em: <https://artigo19.org/2020/06/02/atualizacao-no-mapa-aborto-legal-indica-queda-em-hospitais-que-seguem-realizando-o-servico-durante-pandemia/>. Acesso em: 27 mar. 2021.
8. UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNPFA). **COVID-19: um olhar para gênero. Proteção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos e promoção da igualdade de gênero**. Mar. 2020. UNPF: New York, April 2020.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19). **Interim Guidance**. 27 fev. 2020. Geneva: WHO, 2020.
10. BRASIL. **Lei nº 13.989**, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Diário Oficial da União. Publicado em 16/04/2020. Disponível em: [https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328#:~:text=Fa%C3%A7o%20saber%20que%20o%20Congresso,SARS%2DCoV%2D2\).&text=2%-C2%BA%20Durante%20a%20crise%20ocasionada,emergencial%2C%20o%20uso%20da%20telemedicina](https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328#:~:text=Fa%C3%A7o%20saber%20que%20o%20Congresso,SARS%2DCoV%2D2).&text=2%-C2%BA%20Durante%20a%20crise%20ocasionada,emergencial%2C%20o%20uso%20da%20telemedicina). Acesso em: 20 abr. 2020.

11. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 4**, de 26 de março de 2020. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do Covid-19. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19?origin=instituicao>. Acesso em: 19 abr. 2020.
12. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 1.643/2002**. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1643>. Acesso em: 19 abr. 2020.
13. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Ofício CFM nº 1.756/2020** – COJUR. Brasília, 19 de março de 2020. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf. Acesso em: 19 abr. 2020.
14. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 634**, de 26 de março de 2020. Autoriza e normatiza, “ad referendum” do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Publicado em 27/03/2020. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Resolu%C3%A7%C3%A3o-Cofen-n%C2%BA-634-2020.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.
15. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Orientações sobre o exercício profissional diante da pandemia do Coronavírus (Covid-19)**. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1679>. Acesso em: 19 abr. 2020.
16. WEBSTER, P. Virtual health care in the era of Covid-19. **Lancet** 2020;395(10231):1180-1181. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30818-7.
17. HASSIJA, C.; GRAY, M. The Effectiveness and Feasibility of Videoconferencing Technology to Provide Evidence-Based Treatment to Rural Domestic Violence and Sexual Assault Populations. **Telemed J E Health** 2011;17(4):309-15. DOI: 10.1089/tmj.2010.0147.

18. MOREIRA, L.M.; ESTEVES, C.S. Revistando a Teoria do Setting Terapêutico. *Psicologia*. **PT: o Portal dos Psicólogos**, 2012.
19. 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. Publicado em 24/09/2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-23-de-setembro-de-2020-279185796#:~:text=em%20lei%2C%20resolve%3A,Art.,garantida%20a%20confidencialidade%20des-ses%20termos>. Acesso em: 25 set. 2020.
20. FARIAS, R.S.; CAVALCANTI, L.F. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciênc. saúde coletiva** 2012;17(7):1755-1763. DOI: 10.1590/S1413-81232012000700014.
21. FREITAS, M.L.; FARINELLI, C.A. As consequências psicossociais da violência sexual. **EM PAUTA**, Rio de Janeiro, 2016; 37(14):270-295. DOI: 10.12957/REP.2016.25400
22. SILVA, E.P.; VAGOSTELLO, L. Intervenção psicológica em vítimas de estupro na cidade de São Paulo. **Arq. bras. psicol.** 2017; 69(3):183-198, 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000300013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 mar. 2021.
23. CORRÊA, T.M. **Escuta psicológica a meninas e mulheres em situação de violência sexual: narrativas entre inteligibilidades, ética e jogos de poder/Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Recife, 2020.**
24. LEMOS, V. Uberlândia em colapso: prefeito admite situação “caótica”. **Estado de Minas Gerais**. 02 mar. 2021. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2021/03/02/interna_gerais,1242378/uberlandia-em-colapso-prefeito-admite-situacao-caotica.shtml. Acesso em: 23 maio 2021.
25. ASSIS, M.P.; ERDMAN, J.N. In the name of public health: misoprostol and the new criminalization of abortion in Brazil. **Journal of Law and the Biosciences** 2021; 8.1: 1sabo09. DOI: 10.1093/jlb/1sabo09.

ABORTO LEGAL E COVID-19 – BARREIRAS DE ACESSO AOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES NO ESTADO DE SÃO PAULO – SOB UMA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR

Anna Carolina Lanas Soares Cabral^a

Nalida Coelho Monte^b

Pamella Costa de Assis^c

Paula Sant’Anna Machado de Souza^d

-
- a Psicóloga atuando como Agente de Defensoria do Centro de Atendimento Multidisciplinar (CAM) do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM) da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.
- b Defensora Pública e Coordenadora Auxiliar do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM) da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.
- c Assistente Social atuando como Agente de Defensoria do Centro de Atendimento Multidisciplinar (CAM) do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM) da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.
- d Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual do Hospital de Clínicas de Uberlândia (NUAVIDAS HC/UFU) e Escola Técnica de Saúde (ESTES), Universidade Federal de Uberlândia.
- e Defensora Pública e Coordenadora do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM) da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.

RESUMO: O presente artigo tem por objetivo a análise da situação do acesso ao direito ao aborto nas hipóteses previstas em lei, durante a pandemia, a partir da atuação interdisciplinar do Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Foram constatadas diversas barreiras para acessar o aborto legal a partir do mapeamento dos serviços de saúde do estado de São Paulo, realizado pelo Centro de Atendimento Multidisciplinar do NUDEM/SP, e dos atendimentos de mulheres realizados pela equipe do NUDEM/SP, que vão desde a ausência de informações sobre esse direito até violência institucional. Também elencamos práticas exitosas que demonstram que o atendimento humanizado é a diretriz que deve ser seguida para que as barreiras sejam derrubadas e o acesso ao aborto legal seja garantido.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto Legal, Acesso aos Serviços de Saúde, Direitos Humanos, Direitos Sexuais e Reprodutivos, Defensoria Pública, Violência Institucional; Pandemia

“Basta uma crise política, econômica e religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados.”

BEAUVOIR¹

1. INTRODUÇÃO

A Defensoria Pública, nos termos do artigo 134 da Constituição Federal,² é instituição essencial à função jurisdicional do Estado e, como expressão e instrumento do regime democrático, tem como missão oferecer às pessoas vulneráveis, tanto pelo viés econômico como social, de forma integral e gratuita, orientação jurídica, a defesa, em todos os graus e instâncias, dos direitos individuais e coletivos e a promoção de Direitos Humanos. No estado de São Paulo foi criada apenas

em 2006, fruto de um amplo processo de mobilização da sociedade civil, destacando-se o movimento de mulheres. Atualmente está presente em 43 dos 645 municípios do estado.³

Os Núcleos Especializados compõem a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPE/SP) e tem a atribuição de promover atuação estratégica, das quais se destacam a contribuição no planejamento, elaboração e execução de políticas públicas e a proposição de medidas judiciais e extrajudiciais para tutela de interesses individuais, coletivos e difusos na defesa de determinados grupos em situação de vulnerabilidade.

O Núcleo Especializado de Defesa e Promoção dos Direitos das Mulheres (NUDEM/SP) foi criado em 2008, também após reivindicações dos movimentos de mulheres na I Conferência Estadual da DPE/SP (2007), e tem o escopo de atuar pela garantia e promoção dos direitos das mulheres através de perspectiva interseccional, uma vez que marcadores sociais como raça, classe, orientação sexual, procedência geográfica, faixa etária, dentre outros, submetem mulheres a diferentes formas de opressões. Algumas das áreas que o NUDEM/SP atua são: direitos sexuais e reprodutivos, violência doméstica e familiar, violência obstétrica, violência cruzada, perspectiva de gênero sobre a lei da alienação parental, direitos das mulheres encarceradas, maternidades e vulnerabilidades, acompanhamento das redes de atendimento e enfrentamento às violências contra as mulheres, acompanhamento de projetos legislativos e normativas gerais relacionadas.

Desde o início da pandemia provocada pelo novo coronavírus, diversos organismos e instituições internacionais alertaram que, a despeito de toda a população sofrer os efeitos decorrentes da maior crise sanitária dos últimos cem anos, a pandemia aumentaria as desigualdades de gênero existentes, bem como os riscos de violência baseada em gênero. No ponto, há que se destacar o documento intitulado “Covid-19: Um olhar para o Gênero: proteção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos e promoção da igualdade de gênero”, no qual o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) destaca os efeitos diferenciados da Covid-19 para

mulheres, sobretudo em relação a direitos sexuais e reprodutivos, salientando que os recursos direcionados aos serviços de saúde sexual e reprodutiva poderiam ser desviados para lidar com a pandemia, o que contribuiria: “(...) para um aumento da mortalidade materna e neonatal, para um aumento na necessidade não atendida de contracepção e aumento do número de abortos inseguros e de infecções sexualmente transmitidas”.⁴ Buscaremos, assim, apresentar, ao longo deste artigo, através de uma perspectiva interdisciplinar, algumas experiências e obstáculos de mulheres atendidas pela equipe do NUDEM/SP que vivenciam uma árdua (e cruel) busca para conseguir acessar o direito ao abortamento previsto em lei no estado de São Paulo no transcorrer da pandemia. Algumas boas práticas serão relatadas, com o intuito de ressaltá-las por contribuírem muito com as mulheres em luta(o) pelo acesso a seus direitos sexuais e reprodutivos.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR DO NUDEM/SP

O NUDEM/SP, bem como outros Núcleos Especializados e Unidades da DPE/SP, contam, segundo as respectivas especialidades e demandas, além de Defensoras/es Públicas/os, com profissionais especializadas/os que integram os Centros de Atendimento Multidisciplinar (CAMs) da Defensoria de São Paulo, órgão criado em 2010, que realiza atuações técnicas interdisciplinares nas áreas relacionadas às suas atribuições de maneira geral, a atuação destas/es profissionais, das mais diferentes formações acadêmicas, possibilita a atenção especializada às mais diversas e complexas demandas da população que necessita de assistência jurídica ampla, gratuita e integral, como prevê a Constituição Federal.

A atuação interdisciplinar, portanto, visa a assegurar os direitos da população atendida pela DPE/SP, a partir da contribuição de diferentes áreas que compõem a instituição, buscando uma atuação conjunta e integrada para ampliar o acesso à justiça, e potencializando estratégias para a

garantia desse acesso, principalmente através das vias extrajudiciais.

Neste sentido, o Centro de Atendimento Multidisciplinar (CAM) faz parte da equipe de profissionais do NUDEM/SP, a qual, na sua integralidade, é composta por: uma Psicóloga, uma Assistente Social, duas Oficiais Administrativas, duas Defensoras Públicas e Estagiárias em cada uma dessas funções. O CAM NUDEM/SP, portanto, é atualmente constituído por 2 profissionais, uma da área de Psicologia e uma de Serviço Social, que atuam interdisciplinarmente em demandas afetas aos direitos de todas as mulheres, em sua vasta pluralidade, de forma ampla e interseccional.

O CAM atua conjuntamente com as Defensoras Públicas no acompanhamento e proposições para o aprimoramento de políticas públicas para mulheres, meninas e adolescentes, nas mais diversas temáticas de atuação do NUDEM/SP, na construção de materiais educativos, artigos, cartilhas e manuais, dentre outras atividades. Destaca-se sua atuação no tocante à assessoria técnica interna a profissionais da DPE-SP, produção técnica de laudos, pareceres, manifestações técnicas, relatórios, notas técnicas, entre outros documentos; participação em Grupos de Trabalho e de Estudo; visitas técnicas e institucionais e no mapeamento dos serviços de atendimento às mulheres, entre outras.

A equipe do NUDEM/SP acompanha, por vezes, além de demandas coletivas e estratégicas, também situações individuais emblemáticas, complexas e/ou urgentes, como costumam ser as situações de mulheres que buscam o acesso ao direito ao aborto legal.⁵

3. CONTEXTUALIZAÇÃO: EXPERIÊNCIAS NUDEM/SP

Há muito se identificam barreiras para que as mulheres acessem os serviços de saúde quando em situações de violência sexual, e ambas (barreiras e violências) foram intensificadas durante a pandemia. Registramos algumas observações e reflexões que partiram do contato

direto com mulheres e com profissionais da saúde de diferentes serviços do Estado de São Paulo. As situações mais graves foram aqui compiladas com o intuito de demonstrar, justamente, quais as falhas no atendimento de saúde prestado às mulheres nessas situações.

É válido ressaltar que as dificuldades relatadas pelas mulheres também se relacionam a outras áreas, não apenas à de saúde, tais como a assistência social, a segurança pública e o sistema de justiça. As barreiras de acesso a esses direitos fundamentais – direito à saúde e à vida – precisam ser explicitadas, compreendidas e analisadas para que sejam superadas, o que se faz urgente. O direito ao aborto, já garantido legalmente, precisa também ser concretizado na vida real. É necessário também reconhecer o esforço, a ética e o profissionalismo de muitas/os profissionais de saúde que diariamente atuam pela efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, com assistência e cuidados humanizados a estas.

A decretação do estado de emergência no Brasil ocorreu em março de 2020, quando já era conhecido o alerta mundial em relação ao aumento das violências de gênero, incluindo a sexual, contra mulheres, meninas e adolescentes, com destaque à necessidade de atenção aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, que poderiam ser violados em razão da pandemia.⁶ Foi justamente com esse cenário que nos deparamos.

Da paralisação do serviço de aborto legal do Hospital Pérola Byington durante a pandemia da Covid-19

A percepção mais concreta sobre o alerta mencionado se deu com o recebimento, pelo CAM NUDEM/SP, de denúncia de que, nos momentos iniciais da decretação do estado de emergência no Brasil, o maior hospital de referência para aborto legal da América Latina, localizado na capital do estado de São Paulo, teria interrompido abruptamente o atendimento das mulheres que procuravam o setor de violência sexual e aborto legal, sem qualquer orientação sobre qual seria o novo modo de atendimento, caso

existisse. Assim que recebida, a denúncia foi confirmada pelas profissionais do CAM NUDEM/SP em contato direto com o próprio serviço, que afirmou, ainda, que todo o atendimento do hospital estaria voltado exclusivamente ao atendimento de pacientes acometidos/as pelo novo coronavírus.

Confirmou-se, mais uma vez, a observação proferida no século passado por Simone de Beauvoir: 'os direitos das mulheres, neste caso os sexuais e reprodutivos, estavam novamente sob franco ataque, tão logo iniciada a crise sanitária. Foi necessária atuação imediata das instituições que possuem a atribuição de defesa desses direitos e, assim, o NUDEM/SP e o Ministério Público de São Paulo, através do Grupo de Atuação Especial de Enfrentamento à Violência Doméstica - Central, enviaram ofício questionando se havia ocorrido a interrupção da oferta deste atendimento e que, em caso positivo, fosse retomada, considerando a urgência e essencialidade deste serviço e o aumento da violência sexual durante a pandemia.⁷

Em resposta ao ofício, o Hospital informou que havia suspenso temporariamente o procedimento de interrupção legal da gestação para adequação do espaço físico às regras de prevenção ao coronavírus e que seria restabelecido em 48 horas. O serviço retomou os atendimentos, mas os desafios não se esgotaram por aí.

Da desafiadora busca por informações sobre o funcionamento dos serviços de abortamento legal para vítimas de violência sexual, no estado de São Paulo, durante a pandemia da Covid-19

Em decorrência dessa primeira atuação e também pelo fato de mulheres, profissionais da saúde e da Defensoria solicitarem ao NUDEM/SP informações atualizadas sobre o funcionamento dos serviços de referência de interrupção da gestação nos casos legais durante a pandemia, as profissionais do CAM NUDEM/SP passaram a buscar, em conjunto com outras/os trabalhadoras/es da instituição, orientações e informações atualizadas sobre como se daria o acesso a tais serviços por todo o estado. A

situação poderia ser classificada como caótica.

Um dos primeiros obstáculos que nos deparamos, agravado na pandemia, foi a dificuldade de, justamente, encontrar informações sobre todos os serviços de referência para o abortamento legal no estado de São Paulo. O CAM NUDEM/SP não encontrou em nenhum sítio eletrônico público estadual a compilação – de forma objetiva, transparente e simples – de todos os serviços de referência de cada município, bem como seus contatos, horário de funcionamento e orientações sobre como acessá-los.

A ausência de divulgação dos contatos desses serviços impede, por si só, o acesso a esse direito. Para as mulheres que conseguem acessar alguma informação verifica-se, por vezes, deslocamentos desnecessários para a capital mesmo ante a existência de hospitais de referência em municípios mais próximos à sua residência, mas por elas desconhecidos.

É importante observar que durante nossos contatos nos apresentamos como profissionais da Defensoria Pública de São Paulo e buscamos orientações para dois tipos de atendimento: para mulheres que sofreram violência sexual há poucas horas ou dias; e para as que foram vítimas há mais dias, semanas ou meses. Essa segunda situação ainda é bastante comum, tendo em vista que por vergonha, medo de ser desacreditada e julgada, por defesas psíquicas na tentativa de negar a ocorrência de tal violência, ou ainda por ausência de informação sobre seus direitos, entre outras razões, muitas mulheres deixam de buscar atendimento imediatamente após sofrerem uma grave violação como essa, buscando-o somente quando constatarem a gestação, uma das consequências físicas do abuso sofrido.

Verificamos que a recepção inicial ao contato telefônico configurou um momento crucial para o êxito ou não ao acesso às informações. Algumas ligações foram transferidas para setor que efetivamente conseguiu responder aos nossos questionamentos, como: horário de atendimento da equipe; existência ou não alguma condicionalidade para aquele serviço

atender as mulheres nestas condições; restrições ou não pela regionalização do atendimento; necessidade ou não de agendamento para o setor técnico etc. Por outro lado, nos casos em que a recepção do serviço não compreendeu a demanda trazida pelo CAM NUDEM/SP, ou a desconhecia na sua inteireza, iniciava-se um longo percurso de transferências para diferentes ramais/setores, ou ainda, a necessidade de novos contatos, em função de ligações que foram abruptamente desligadas ou não transferidas, em geral após proferirmos a palavra “aborto”.

Assim, ao buscarmos orientações para acesso ao serviço de aborto legal acabamos por compreender que, muitas vezes, não poderíamos utilizar alguns termos durante a ligação, especialmente “aborto”, mesmo que este fosse seguido da expressão “legal” ou “previsto em lei”. Rapidamente percebemos que eufemismos ou outras expressões como “acesso à profilaxia”, “contracepção de emergência após violência sexual” facilitavam, e muito, o acesso às informações que precisávamos. Em um desses contatos, a atendente de um serviço que se localiza em uma grande cidade do interior paulista respondeu, sussurrando, após algumas tentativas de explicação: “Ah, você está falando dos casos delicados?”

Quando a recepção nos transferia para o setor técnico responsável pelo atendimento das mulheres, muitas foram as vezes que recebemos a devolutiva de que **não estavam autorizados/as a repassar tais informações e que a solicitação deveria ser enviada através de e-mail ou ofício direcionado aos seus/suas superiores/as ou para a direção o serviço, em que pese a solicitação fosse de informações que já deveriam ser de conhecimento público.** E, apesar de assim procedermos, as respostas também não vieram.

O acesso à informação oficial sobre abortamento legal é tão escasso, que não raro o NUDEM é acionado por profissionais da saúde ou da assistência social, de diferentes municípios do estado de São Paulo, solicitando informações sobre tal atendimento.

Diante desse quadro, a equipe do NUDEM/SP concluiu por bem reunir esforços para elaborar o **Guia com orientações sobre direitos das mulheres na pandemia, entre eles o direito ao aborto legal**,* e disponibilizar informações transparentes, objetivas e de fácil acesso e compreensão. Tal material tem como público final principal as mulheres e também profissionais de saúde e demais serviços que se deparam com essa demanda, mesmo não sendo de um serviço de referência.⁸

Também disponibilizamos no portal do NUDEM/SP[†] o mapeamento com contatos e orientações específicas de cada um dos serviços de saúde, em diversos municípios do estado,⁹ ainda que não em todos os 645 – como seria necessário – como resultado das referidas ligações realizadas para os serviços no 1º semestre de 2020. O desafio persistente é o de manter tal mapeamento atualizado, considerando a dimensão do estado, os diferentes serviços que atendem violência e a quantidade de profissionais para realizar tal atividade, garantindo fidedignidade e qualidade técnicas. Ao questionarmos uma profissional, com poder de decisão na gestão pública, sobre a dificuldade de se acessar os contatos atualizados dos serviços nos sites oficiais, a resposta foi: “É que não podemos divulgar muito esses serviços, né, porque não é tão fácil assim conseguir autorização para aborto no Brasil...”.

No entanto, informação é, justamente, o ponto de partida e um direito que já deveria estar garantido.

* Disponível em: [https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/GuiaRapido_COVID19_v2%20\(1\)%20\(1\).pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/GuiaRapido_COVID19_v2%20(1)%20(1).pdf).

† Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=6644>.

Do agravamento das barreiras impostas às mulheres e meninas para acessar os serviços de aborto legal durante a pandemia da Covid-19 no estado de São Paulo

Quando mulheres e meninas que tinham o direito ao acesso ao aborto legal finalmente conseguiam acessar o serviço de saúde que pudessem atendê-las durante a pandemia, constatamos, a partir do acompanhamento de casos individuais pela equipe do NUDEM/SP, **a presença de outras barreiras.**

Necessário contextualizar que as barreiras aqui delineadas estão cada vez mais presentes no atual cenário de desinformação das mulheres e também dos/as próprios/as profissionais da saúde em relação ao direito ao aborto previsto em lei, cenário este que é alimentado por projetos de leis, resoluções e portarias que, no decorrer do ano passado e deste ano, representaram verdadeiros retrocessos aos direitos de meninas e mulheres ao mais amplo acolhimento nos serviços de saúde, em especial quando vítimas de violência sexual, momento em que mais precisam de atendimento humanizado e respeitoso. É o caso, por exemplo, da Portaria nº 2561 do Ministério da Saúde, que obriga profissionais da saúde a notificarem a autoridade policial, independente da autorização das pacientes;¹⁰ bem como o episódio da retirada da Nota Técnica nº 016/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS[†] do site do Ministério da Saúde, com posterior demissão da equipe técnica que a elaborou, que versava sobre a continuidade dos serviços de assistência aos casos de violência sexual e aborto legal, e sobre o fortalecimento das ações de planejamento sexual e reprodutivo no contexto da pandemia da Covid-19.¹¹

É o caso também do Projeto de lei nº 5.435 de 2020,¹² que é uma tentativa perversa de imprimir mais violações às mulheres vítimas de

† Para saber mais, ver: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1223-nota-cns-repudia-retirada-de-documento-tecnico-sobre-saude-sexual-e-reprodutiva-das-mulheres-durante-pandemia-do-site-do-ministerio-da-saude>.

violências, uma vez que visa a proibir a realização do aborto mesmo para as exceções permitidas atualmente pela lei brasileira, já tão restrita, entre elas as gestações decorrentes de estupro. Também conhecido como “bolsa estupro”, o projeto de lei oferta um valor financeiro para que a mulher leve adiante esta gestação, além de também garantir direitos ao “genitor” da criança gerada, ou seja, o abusador; mesmo que para isso viole os direitos humanos das mulheres, meninas e adolescentes.¹³

Testemunhamos, como vemos, o retrocesso do direito ao aborto previsto no Código Penal desde 1940, em pleno século XXI.¹⁶

Uma das mais graves barreiras que observamos foi a disponibilização de informações e exigência incorretas pelos serviços de saúde acerca do direito ao abortamento legal, que estavam em desacordo, inclusive, com o Código Penal e as Notas Técnicas do Ministério da Saúde, especialmente para as vítimas de violência sexual.

Infelizmente ainda é comum as mulheres relatarem durante nossos atendimentos que foram orientadas por profissionais da saúde que, para terem acesso ao aborto legal, procedimento de cuidado próprio da saúde, deveriam, obrigatoriamente, apresentar autorização judicial, boletim de ocorrência, exame de corpo ou delito ou outros documentos, o que não encontra amparo em nenhuma normativa. Evidencia-se, assim, a ilegalidade contida nessa orientação, bem como a patente revitimização dessas mulheres, adolescentes e meninas. **Não se pode olvidar que a saúde é um direito fundamental do ser humano e o Estado tem o dever de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.** Para tanto, a Constituição Federal e a Lei Federal nº 8.080/1990, conhecida como a Lei Orgânica do SUS, estabelecem que esse dever estatal compreende o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.¹⁷

A Lei nº 12.845/2013 e o Decreto Federal nº 7.958/2013 estabelecem as diretrizes sobre o atendimento integral de pessoas em situação de violência sexual, dispondo a primeira que todos os hospitais têm o dever de oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, devendo também disponibilizar informações às vítimas sobre registro da ocorrência,¹⁸ enquanto o segundo determina que o atendimento do Sistema Único de Saúde deve priorizar o atendimento humanizado, respeito da dignidade da pessoa, sigilo e privacidade, a disponibilização de ambiente que propicie a confiança e respeito à vítima, bem como seja respeitada a sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento.¹⁹ No entanto, verificamos que ainda há muita incompreensão desses princípios norteadores da atuação profissional, para além da área de saúde, inclusive.

Ao realizarmos os contatos com os serviços de saúde para questionar acerca dos fluxos de atendimento das vítimas de violência sexual durante a pandemia, em 2020, constatamos falas chocantes de profissionais da saúde, como: “A mulher deve ir à Delegacia primeiro”, ou: “Não existe isso aqui nessa cidade!”, referindo-se ao procedimento de aborto legal, frase proferida pela chefe de enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em um município no interior do estado de São Paulo, como se tal município não estivesse submetido às mesmas leis federais que os demais. Outra profissional, também chefe de enfermagem de uma UBS, desta vez da região central da capital paulista, afirmou, após perguntarmos sobre o fluxo de encaminhamento para o serviço de referência para aborto legal: “Antes da gente encaminhar, as mulheres precisam trazer o Boletim de Ocorrência, mas de todo jeito elas são inseridas no (programa de) pré-natal, para primeiro escutar o coraçãozinho do bebê, ver o sexo e tudo mais. Se mesmo assim ela ainda quiser, aí vemos”.[§]

§ Tais falas ressoam também no campo legislativo de alguns municípios do estado que visam a criação de leis que disciplinem o atendimento para aborto legal de forma muito semelhante como a mencionada.

Ademais, em relação à visibilização destes crimes, conforme preconiza a Lei nº 10.778/2003, já é, desde então, papel de profissionais de saúde realizarem a notificação sobre a violência contra as mulheres e meninas aos setores técnicos da área, objetivando levantamento e estudos epidemiológicos que subsidiarão o aprimoramento de políticas públicas.²⁰ Tal notificação tem caráter sigiloso, sem viés de denúncia, existindo subnotificação nessa temática. A alteração trazida pela **Lei Federal nº 13.931/2019**,²¹ que posteriormente foi regulamentada pela Portaria GM/MS nº 78/2021,²² **determina que a comunicação externa dos casos de violência contra as mulheres, em regra, deverá ser feita forma sintética e consolidada, não contendo dados que identifiquem a vítima e a/o profissional de saúde** notificador/a, destacando que a identificação da vítima de violência, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e **com conhecimento prévio da vítima ou sua/seu responsável**,¹ desde que também essa comunicação não cause prejuízo à paciente, tal como preconiza o princípio fundamental da Bioética de não maleficência.

Outro equívoco comum diz respeito à idade gestacional limite para realização do procedimento. Apesar do Código Penal não estabelecer prazo para a realização da interrupção da gestação nos casos legais no Brasil caso a violência sexual resultar em gravidez, para o exercício deste direito é recomendável acessar o serviço de saúde para a realização do procedimento o mais breve possível, preferencialmente, até 20ª ou 22ª semana de gravidez e com produto da concepção pesando menos de 500 gramas.²³ No decorrer do nosso mapeamento e durante o acolhimento de mulheres pela equipe NUDEM/SP, registramos algumas dessas equivocadas orientações, sendo as mais comuns no sentido de limitar a interrupção até o prazo de 08 (oito), 10 (dez) ou 12 (doze) semanas. Poucas/os foram as/os profissionais que conheciam as Normas Técnicas do Ministério da Saúde sobre abortamento.

¹ Art. 3º, § único da Lei Federal nº 10.778/03.¹⁰

Durante o nosso mapeamento também vislumbramos que a inexistência de fluxos para o **atendimento de mulheres que estão em municípios onde não há serviços especializados** (ou ao menos uma referência regional estabelecida oficialmente de modo claro), é a realidade da maioria dos 645 municípios do estado de São Paulo, dificultando ainda mais o acesso ao aborto legal. A jornada dessas mulheres para acessar o aborto legal costuma ser mais longa e árdua. E, por consequência, nos deparamos com mais um dos grandes desafios: a inexistência de políticas públicas que garantam transporte, alimentação e hospedagem, considerando que, via de regra, é necessário mais de um atendimento para a conclusão das etapas e avaliações até a realização do procedimento final da interrupção da gestação.

Algumas das mulheres atendidas pelo NUDEM conseguiram transporte através dos setores da saúde de seu município, mas mesmo nesses casos não acompanhamos nenhum em que as mulheres também tenham tido suporte para a hospedagem e alimentação, ficando à cargo da própria cidadã arcar com tais despesas, o que nem sempre é possível.

Muitos foram também os relatos de mulheres vítimas de violência que referiram terem sido julgadas moralmente e culpabilizadas ao buscarem atendimento em saúde. É comum, em tais relatos, que certas/os profissionais de saúde indiquem direta ou indiretamente que as próprias vítimas seriam, de algum modo, responsáveis pela violência relatada, ou que não estariam julgando corretamente o que realmente ocorrera; sendo, inclusive, desencorajadas a realizar a interrupção da gestação, utilizando-se de falas que reforçam a culpabilização das vítimas, imprimindo nova violência: a institucional. **Infelizmente é possível afirmar que nem todos os serviços de saúde do Estado estão devidamente preparados para receber mulheres, adolescentes e meninas após uma violência sexual,** estando ainda menos preparados quando a violência resulta em gestação indesejada.

Identificamos, assim, que **não há, de forma geral, ressaltando-se importantes exceções, capacitação e sensibilização de profissionais**

nesta temática, o que deve ser constante, visando a prevenir violência institucional, comum nos relatos trazidos pelas mulheres sobre os tratamentos revitimizantes, permeados por julgamentos morais. O despreparo é observado em profissionais da saúde em todos os níveis da assistência, incluindo desde quem recepciona as vítimas ou suas ligações, até mesmo às equipes especializadas.

A violência institucional, além de revitimizar e até mesmo afastar ou impedir o acesso das mulheres aos serviços de saúde, resulta também em **outra grave violação: a quebra do dever de sigilo profissional**. O NUD-DEM/SP, em 2018, analisou 30 processos²⁴ de mulheres que responderam criminalmente pela prática do crime de aborto no estado de São Paulo. Essas mulheres chegaram ao sistema de segurança pública através de denúncias de profissionais de saúde que as atenderam em equipamentos do Sistema Único de Saúde, ocorrendo essa violação em 17 dos 30 casos analisados, ou seja, 56,6% dos casos, em frontal desrespeito aos direitos à intimidade e vida privada que são amparados juridicamente pelo dever do sigilo profissional.** Além da denúncia das próprias mulheres, ocorreram também a entrega de documentos sigilosos das pacientes para serviços da segurança pública e/ou a concordância dos/as profissionais da saúde em prestar depoimentos nos procedimentos ou processos criminais, o que, além de ser ilegal e violar o dever do sigilo profissional, pode ensejar a desconfiança por parte das mulheres em buscar os serviços de saúde.^{25,26}

Outro ponto, dentre tantos observados, foi o **desrespeito ao direito à acompanhante da escolha de cada mulher**, também observado em diversos casos. Como trata-se de procedimento de saúde, como todos os outros, o direito à acompanhante previsto na Lei nº 11.108/2005²⁷ precisa ser garantido para prevenir, inclusive, violência obstétrica e institucional.²⁸ Além de todas as barreiras anteriormente elencadas, existem situações de mulheres que, mesmo após terem sido acompanhadas semanas por um

** Vide artigos 388, II e 448, II do Código de Processo Civil, artigo 154 do Código Penal e artigo 207 do Código de Processo Penal.

serviço de referência; mesmo depois de terem realizado viagens, exames e vários atendimentos com profissionais da equipe multidisciplinar, **receberam, somente no final do processo e, portanto, muitas vezes já com a gestação mais avançada, a notícia de que avaliação do serviço seria pela impossibilidade** para a realização do aborto. Os motivos variam e vão desde incompatibilidade da data relatada da violência com data indicada na ultrassonografia; o peso do feto, já próximo ao limite, mesmo ainda estando na margem permitida legalmente; e até por ter “cesárea prévia”; e tantas outros que não tem amparo normativo.

Usualmente tais negativas são apenas verbais, sem fornecimento de razões por escrito, ou demoram para entregar prontuário quando solicitado, e não raro as mulheres chegam até ao NUDEM/SP sem compreender o motivo pelo qual o procedimento não foi realizado. Ocorreram casos que, mesmo em serviços que são referências, após tal negativa as mulheres nos contaram que foram embora dos serviços sem qualquer orientação, seja a possibilidade de segunda opinião médica – direito comum a qualquer intervenção na área da saúde –, ou contato de serviços que pudessem garantir o acesso à saúde – como a DPE-SP. Verificou-se também que após a negativa da realização da interrupção da gestação elas também não foram encaminhadas para receberem apoio de profissionais da Psicologia e/ou Serviço Social da própria instituição, ou sequer receberam informações sobre outros serviços que pudessem dar continuidade ao acompanhamento psicológico e/ou social próximo à sua residência.

Assim, após tal experiência, não é incomum as mulheres telefonarem ao NUDEM/SP, em frente ao serviço de referência, sem saber aonde ir ou a quem recorrer, algumas relatando até mesmo ideia suicida. Profissionais de tais serviços, já sobrecarregadas, tentam ajudar “caso encontrem com essas as mulheres no corredor” (sic) após a negativa médica, evidenciando o descumprimento de protocolos e fluxos para tais situações, conforme prevê a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao abortamento,²³ e, ainda, que as conclusões desses

processos são hierarquizadas e isoladas, em detrimento de avaliações interdisciplinares que contemplam a compreensão de especificidades presentes em cada caso.

Entende-se, também, que, em caso de negativas, importante a continuidade do suporte e apoio de profissionais da saúde para que as mulheres possam enfrentar uma gestação indesejada, fruto de uma violência traumática; além de ser necessário, muitas vezes, o acionamento da rede intersetorial para outros acompanhamentos. No entanto, não observamos, em regra, a continuidade deste atendimento pós-negativa, com encaminhamento cuidadoso, desde que as mulheres assim o desejem, e acompanhamento até a finalização do referenciamento, ainda que à distância e no município que elas indicarem como apropriado.

Em meio a este desamparo algumas mulheres chegam à Defensoria Pública como última saída para o seu pedido de socorro para tentar, talvez, alcançar seus direitos, apresentando muitas delas, nesse momento, idade gestacional avançada. Nesses casos, respeitando as normativas e diretrizes existentes, realizamos articulações com setores técnicos da Saúde, do poder executivo estadual e/ou municipal, alcançando, por vezes, atendimento à demanda. Concluímos, contudo, que ainda são poucas as mulheres que conseguem chegar até a DPE/SP.

Após todo o percurso, quando finalmente o aborto legal é garantido, para algumas mulheres é de suma importância uma **rede de apoio e de cuidados que se prolongue até quando elas sentirem ser necessário**, o que também, infelizmente, é uma dificuldade observada. O atendimento pós-aborto também deve ser um momento para o qual devemos dar atenção, pois pode ser uma fase delicada, em que a mulher poderá, talvez, necessitar de algum acompanhamento e apoio social, jurídico e/ou psicológico, por diversas questões relacionadas a essa experiência, algumas anteriores ao fato em si, como alta vulnerabilidade social. Ademais, nos casos de violência sexual, o agressor, muitas vezes, pode ainda ser pessoa presente em sua vida. Encontramos municípios que compreendem

a importância deste acompanhamento posterior e oferecem esse cuidado como continuidade, por meio de atendimento psicológico e social, por exemplo, em sua própria rede local; porém, ainda existem muitos locais onde as mulheres seguem por sua própria sorte, sem o suporte para atravessar essa difícil experiência.

Registrando boas práticas

Em que pese existam dificuldades e barreiras enfrentadas também pelos serviços, é possível a oferta de um atendimento humanizado e realmente digno para as mulheres paulistas e paulistanas. Em geral, tal oferta ocorre em serviços especializados no atendimento à violência sexual contra as mulheres, com equipes de profissionais em número adequado e com capacitação e sensibilização constantes, e que exercem seu trabalho com qualidade técnica, eficiência e, sobretudo, ética, sem que julgamentos morais ou imposição de suas convicções pessoais, religiosas ou familiares, interfiram nos atendimentos. São profissionais de diferentes áreas e comprometidas com a atenção à saúde das mulheres e com seus deveres profissionais. Significa dizer, então, que o acompanhamento destes serviços ocorre antes, durante e depois do procedimento almejado, buscando garantir, com grande esforço, que todas as barreiras possíveis sejam superadas para que as mulheres finalmente alcancem o direito que deveria ser garantido da forma mais ágil e digna possível.

Em alguns serviços também nos deparamos com a existência de um fluxo institucional menos burocratizado e ágil, articulando-se setores públicos diferentes que efetivamente ofertem, por exemplo, transporte adequado para o deslocamento da mulher ao serviço que realizará os atendimentos, quando não há referência no próprio município. O que, na prática, pode significar o acesso ao aborto legal para muitas mulheres.

Ademais, também consideramos boa a prática de fluxos de alguns serviços que priorizam diversos atendimentos em um mesmo dia,

evitando inúmeros retornos e deslocamentos ao serviço de saúde, nem sempre possíveis, principalmente para mulheres de outros municípios e que não tem apoio do Estado que auxilie na hospedagem e locomoção. A “agilidade” dessas práticas significa muito para as mulheres, pois acessam seu direito à saúde mais rapidamente, contribuindo também para o seu recomeço pós-aborto.

Citamos também profissionais dos serviços de saúde que oferecem o acolhimento e a escuta técnica necessária às mulheres, o olhar atento às necessidades e especificidades que cada uma delas carrega, ofertando assim atendimento humanizado, integral e intersetorial, contando, inclusive, com a equipe do NUDEM/SP para orientações e encaminhamentos a fim de garantir o esclarecimento mais completo às mulheres em situações especialmente difíceis, como é o caso de negativas para o acesso a direitos, pois reconhecem possíveis violações e lutam para que sejam garantidos.

É verdade, no entanto, que as profissionais citadas também se deparam com as barreiras que buscamos demonstrar em função de situações que extrapolam sua atuação profissional individual e, apesar de todo esforço empenhado, por vezes, além do seu horário e escopo de atuação, nem sempre conseguem atingir o objetivo esperado. Elas merecem, desta forma, ser reconhecidas e valorizadas, pois batalham diariamente contra o atual modelo restritivo e impeditivo e, portanto, violador dos Direitos Sexuais e Reprodutivos das mulheres.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os desafios observados na experiência de atuação da equipe do NUDEM/SP nos últimos anos, com destaque especial ao período de pandemia, percebe-se que **não existe atualmente no estado de São Paulo garantias de que uma mulher que venha a sofrer violência sexual terá todos seus direitos observados plenamente.**

Sistematizamos a seguir os principais desafios observados na experiência de atuação do NUDEM/SP junto aos serviços de saúde, não esgotando o rol de obstáculos que podem surgir ao longo do percurso que as mulheres, no estado de São Paulo, precisam transcorrer para ter acesso a direitos que deveriam estar facilmente garantidos:

- Falta de divulgação e sistematização, pelo setor público responsável, de informações qualificadas à população e a profissionais de saúde que atendem às mulheres;
- Dificuldade de encontrar de forma clara, transparente e simples os contatos atualizados dos serviços de referência para violência sexual e aborto legal;
- Sobrecarga de profissionais dos poucos serviços já reconhecidos como referência no atendimento à violência sexual e aborto legal;
- Inexistência, ressalvando-se importantes exceções, de capacitação e sensibilização a profissionais de saúde nessa temática, o que precisa se dar de forma constante;
- Ineficiência, em alguns casos, e completa ausência, em outros, de articulação municipal e/ou estadual para garantir transporte, hospedagem e alimentação para a mulher e sua/seu acompanhante, quando for necessário o acesso a serviços em outro município;
- Desrespeito ao direito à/ao acompanhante de escolha de cada mulher;
- Inexistência, em geral, de protocolos de acompanhamento às mulheres nos casos em que a equipe compreendeu pela não possibilidade de realização do procedimento de aborto legal;
- Ausência de garantia de continuidade no atendimento na área de Saúde;
- “Objeção de consciência” como justificativa para negativa,

sem que instituição garanta outra/o profissional que realize o procedimento;

- Ausência de diretrizes nacionais durante a pandemia e, portanto, agravamento de todos os obstáculos anteriormente apontados; entre outras.

Restam elencado algumas das barreiras de acesso ao procedimento legal de interrupção de gestação no estado de São Paulo. Assim, não raro, o acesso real a esse direito passa pelo enfrentamento, pelas mulheres, de uma perversa cruzada; mais perversa e penosa quanto maior for sua vulnerabilidade social. O racismo estrutural, tão evidentemente presente na sociedade brasileira, também imprime sua marca na seleta escolha das mulheres que, de fato, poderão receber atendimento humanizado e seguro da saúde nessas situações.

Neste momento histórico no qual presenciamos outros países do mundo, inclusive na América Latina, avançando na garantia dos direitos das mulheres, no Brasil observamos grave retrocesso. Quanto menos podemos falar, escrever, dizer abertamente sobre aborto legal, mais rapidamente são disseminadas as falsas informações e orientações, mesmo entre profissionais da saúde, seja por receio, ignorância ou até, em alguns casos, imposição de fé própria a outras pessoas, ferindo direitos das cidadãs que vivem em um país, em tese, laico. Divulgar informações corretas sobre aborto legal, nomear com todas as letras tal tema, seria uma das formas de se dissolver um tabu?

Ao recordarmos que as milhões de gestações indesejadas⁶ no contexto da pandemia em países de renda baixa e média, por falta de acesso a métodos anticoncepcionais e pelo aumento da violência sexual;²⁹ somando-se ao fato de que no Brasil na pandemia tais gestações, além de indesejadas e frutos de estupro, são também consideradas eventos de risco – pois este país bate recordes de mortalidade materna,³⁰ percebe-se de forma ainda mais aguda como o sistema atual viola direitos. Submeter mulheres, muitas traumatizadas pela violência sofrida, a tudo que envolve

uma gestação fruto de violação e comprovado risco de morte, equivaleria à tortura física e psicológica?

São inúmeras as questões que podem ser levantadas, mas observa-se, por fim, a necessária criação de protocolos, fluxos e diretrizes, não somente, mas especialmente, para municípios pequenos, onde essas situações parecem ser ainda mais invisibilizadas, como se fossem pequenos países à parte, com leis e regras próprias, ainda mais restritivas. Faz-se necessária uma consistente pactuação e articulação interinstitucional, em âmbito estadual e intermunicipal, que garanta acesso a serviços de atendimento humanizados, respeitando leis brasileiras vigentes e protocolos internacionais sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos das mulheres, aos quais o Brasil ainda é signatário.

REFERÊNCIAS

1. BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009, p. 29.
2. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; Diário Oficial da União. 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 03 mar. 2021.
3. SÃO PAULO. **Lei Complementar nº 988**, de 09 de janeiro de 2006. Organiza a Defensoria Pública do Estado, institui o regime jurídico da carreira de Defensor Público do Estado. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 10 jan. 2006. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/2006/lei.complementar-988-09.01.2006.html>. Acesso em: 14 fev. 2021.
4. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. COVID 19: Um olhar para o Gênero: proteção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos e promoção da igualdade de gênero. **Fundo Populacional da Organização das Nações Unidas (UNFPA-ONU)**. Abr. 2020. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_impact_brief_for_UNFPA_24_April_2020_1.pdf.

5. DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Direitos Reprodutivos:** Aborto Legal. Jul. 2018. Disponível em: [https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/o/AbortoLegal%20\(5\).pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/o/AbortoLegal%20(5).pdf). Acesso em: 17 fev. 2021.
6. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Chefe da ONU alerta para aumento da violência doméstica em meio à pandemia do coronavírus. 6 abr. 2020. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/85450-chefe-da-onu-alerta-para-aumento-da-violencia-domestica-em-meio-pandemia-do-coronavirus>. Acesso em: 07 fev. 2021.
7. BERTHO, Helena. Hospital Pérola Byington Reabre Serviço de Aborto Legal em São Paulo. 30 mar. 2020. Disponível em: <https://agenciapatriagalvao.org.br/mulheres-de-olho/dsr/hospital-perola-byington-reabre-servico-de-aborto-legal-em-sao-paulo>. Acesso em: 10 fev. 2021.
8. DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Guia Rápido Direitos das Mulheres e Covid-19 Estado de São Paulo**. 16 abr. 2020. Disponível em: [https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/Guia-Rapido_COVID19_v2%20\(1\)%20\(1\).pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/Guia-Rapido_COVID19_v2%20(1)%20(1).pdf). Acesso em: 19 fev. 2021.
9. DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Atendimento às Situações de Violência Sexual e Aborto Legal Estado de São Paulo. São Paulo; 24 ago. 2020. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=6644>. Acesso em: 20 fev. 2021.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2561**, 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 República Federativa do Brasil. 24 set. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-23-de-setembro-de-2020-279185796>.
11. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. CNS repudia retirada de documento técnico sobre saúde sexual e reprodutiva das mulheres durante pandemia, do site do Ministério da Saúde. Brasília; 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1223-nota-cns-repudia-retirada-de-documento-tecnico-sobre-saude-sexual-e-reprodutiva-das-mulheres-durante-pandemia-do-site-do-ministerio-da-saude>. Acesso em: 05 fev. 2021.

12. GIRÃO, Eduardo. **Projeto de Lei nº 5.435**, de 2020. Dispõe sobre o Estatuto da Gestante. Diário Oficial do Senado. 9 dez. 2020. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/145760>. Acesso em: 26 mar. 2021.
13. CONSELHO NACIONAL DOS DEFENSORES PÚBLICOS GERAIS - CONDEGE. **Nota Técnica da Comissão Especial de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher**. Mar. 2021. Disponível em: <https://assets-institucional-ipg.sfo2.cdn.digitaloceanspaces.com/2021/03/Nota-PL-5435-CDDM-CONDEGE-Assinado.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.
14. MARINHO, Márcio. **Projeto de Lei nº 1190**, de 2019. Obriga os profissionais de atendimento médico a registrar casos de violência contra a mulher no prontuário de atendimento. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 31 out. 2019. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000302344#:~:text=Obriga%20os%20profissionais%20de%20atendimento,mulher%20no%20prontu%C3%A1rio%20de%20atendimento>. Acesso em: 20 mar. 2021.
15. ALGUZ, Reinaldo. **Projeto de Lei nº 657**, de 2007. Determina que os hospitais estaduais implantem programa de informação e orientação à gestante sobre efeitos e métodos utilizados no aborto, na hipótese de autorização legal. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 04 jul. 2007. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=726449>. Acesso em: 25 mar. 2021.
16. BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 31 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 28 mar. 2021.
17. BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 25 mar. 2021.

18. BRASIL. **Lei nº 12.845**, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2 ago. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em: 15 mar. 2021.
19. BRASIL. **Decreto nº 7.958**, 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 República Federativa do Brasil. 14 mar. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm. Acesso em: 05 mar. 2021.
20. BRASIL. **Lei nº 10.778**, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 25 nov. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm. Acesso em: 13 mar. 2021.
21. BRASIL. **Lei nº 13.931**, de 10 de dezembro de 2019. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 11 dez. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13931.htm#art1. Acesso em: 25 mar. 2021.
22. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 78**, de 18 de janeiro de 2021. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as diretrizes para a comunicação externa dos casos de violência contra a mulher às autoridades policiais, no âmbito da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 19 jan. 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-78-de-18-de-janeiro-de-2021-299578776>.
23. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento**. Brasília; 2011. 62 p. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/41/Documentos/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 22 mar. 2021.

24. DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **30 Habeas Corpus: A vida e o Processo de Mulheres Acusadas da Prática de Aborto em São Paulo.** 2018. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/41/Documentos/30%20habeas%20corpus.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.
25. BRASIL. **Lei nº 13.105**, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 17 mar. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm. Acesso em: 07 fev. 2021.
26. BRASIL. **Decreto-Lei nº 3.689**, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 13 out. 1941. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm. Acesso em: 07 fev. 2021.
27. BRASIL. **Lei nº 11.108**, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 07 abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 01 fev. 2021.
28. DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Conversando sobre Violência Obstétrica. Jul. 2018. Disponível em: [https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Cartilha_VO_JUL_2018%20\(3\).pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Cartilha_VO_JUL_2018%20(3).pdf). Acesso em: 20 mar. 2021.
29. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage. **Fundo Populacional da Organização das Nações Unidas (UNFPA-ONU)**. Abr. 2020. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_impact_brief_for_UNFPA_24_April_2020_1.pdf. Acesso em: 19 jan. 2021.
30. Brasil tem 77% das mortes de gestantes e puérperas por Covid-19 registradas no mundo, diz estudo. 14 jul. 2020. **G1** Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/07/14/brasil-tem-77percent-das-mortes-de-gestantes-e-puerperas-por-covid-19-registradas-no-mundo-diz-estudo.ghtml>. Acesso em: 10 fev. 2021.

ACESSO AO ABORTO LEGAL EM CASO DE ESTUPRO DE VULNERÁVEL EM COMUNIDADE INDÍGENA RESSURGIDA NO NORDESTE BRASILEIRO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jaqueline Medeiros Silva Calafate^a

Madge Porto^b

Valeska Zanello^c

RESUMO: O presente texto traz relato de experiência de uma jovem indígena e sua mãe em busca de acesso ao serviço de aborto legal no Sistema Único de Saúde (SUS). A gravidez se deu após um dos vários estupros, sucessivos, vividos pela jovem em sua comunidade. O caso torna-se ainda mais desafiador por ser a jovem portadora de deficiência intelectual grave, sendo tutelada pela mãe desde muito pequena. Vários

a Psicóloga, Mestra em Desenvolvimento Regional (UFT), Doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura (UnB), Psicóloga do Pólo Base Indígena X/DSEI X/SESAI/MS.

b Professora Adjunta do curso de Psicologia da Universidade Federal do Acre (UFAC). Psicóloga e Mestra em Saúde Coletiva (UFPE), Doutora em Psicologia Clínica e Cultura (UnB).

c Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília (UnB). Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura (UnB). Coordena o grupo “Saúde mental e gênero” no CNPq.

foram os desafios enfrentados para acessar o direito à interrupção da gravidez: primeiramente, a necessidade de aprovação não apenas da mãe, mas também da família e dos chefes da comunidade indígena. Segundo, a presença da tutela do Estado, sendo necessária a aprovação da demanda do procedimento pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)/Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). No entanto, neste momento pandêmico de paralisação dos serviços de saúde, foi crucial a negociação por parte desses órgãos com o serviço de aborto legal, para tornar possível a interrupção. Por fim, foram destacadas as resistências da médica que deveria realizar o procedimento, ao colocar em dúvida a veracidade do transtorno mental da jovem, a veracidade do estupro e, por fim, utilizando a objeção de consciência para postergar o aborto, condicionando-o a novo laudo médico e a um boletim de ocorrência (BO) policial. No artigo, aponta-se a necessidade de se pensar as políticas de saúde sexual e reprodutiva, no Brasil, em intersecção com pelo menos duas pautas: a saúde mental e as especificidades étnicas, que configuram tema tão relevante em nosso país.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto; Povos Indígenas; Violência Sexual; Saúde Pública; Psicologia

1. INTRODUÇÃO

O aborto voluntário é considerado um crime no Brasil. Todavia, há alguns casos que são considerados excludentes de ilicitude, como são aqueles de gravidez decorrente de estupro. Nessas situações, o aborto é permitido, desde que “precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal”,¹ segundo a definição do Código Penal, Decreto-lei nº 2.848, publicado em 7 de dezembro de 1940.

Apesar de as mulheres brasileiras terem o direito ao aborto nos casos de estupro desde 1940, a primeira norma técnica para a prevenção

e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes foi publicada somente em 1999, o que possibilitou a organização dos primeiros serviços especializados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).² Antes da publicação dessa norma, havia apenas um protocolo, o qual incluía os procedimentos para a realização do aborto previsto em lei em serviços de saúde referenciados para o atendimento a vítimas de violência.³

A norma técnica de 1999 foi atualizada e ampliada em 2005 e 2012.^{4,5} Essas novas publicações foram relevantes porque constituíram tentativas de corrigir algumas dificuldades enfrentadas pelas mulheres ao buscarem a realização do aborto previsto em lei no âmbito do SUS. Dentre essas dificuldades, destaca-se a exigência dos serviços de saúde de que as mulheres apresentassem uma autorização do poder judiciário para a realização do procedimento ou mesmo da cópia do registro da ocorrência do estupro em uma delegacia, mesmo que isso não estivesse previsto em lei. A norma publicada em 2005 orienta a equipe dos serviços especializados no procedimento de abortamento legal que **“Após o atendimento médico, se a mulher tiver condições, poderá ir à delegacia para lavrar o Boletim de Ocorrência Policial”**⁵ (p. 26, grifo nosso). Quando aborda as condições de vulnerabilidades, essa normativa também explicita a atenção que deve ser dada às mulheres indígenas: **“... casos de pessoas idosas, com deficiência mental ou física, mulheres negras, indígenas, ciganas...”**⁵ (p. 12, grifo nosso). Ou seja, não há necessidade de autorização do Sistema de Segurança Pública ou de Justiça para que o procedimento seja realizado, sendo o atendimento à saúde a prioridade. Além disso, destaca-se que algumas categorias de mulheres, entre essas as indígenas, precisam ser consideradas pelos serviços de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes na condição específica de vulnerabilidade à violência sexual, pois estão mais expostas a esse tipo de violência e têm menor condição de acesso a políticas protetivas ou mesmo de saúde pública.

Os serviços de interrupção da gravidez estão atualmente distribuídos em 20 unidades da Federação (5 na região Norte, 11 no Nordeste, 3 no Centro-Oeste, 6 no Sul e 12 no Sudeste), mas em sete estados não há serviço ativo (em um estado na região Sul, um no Centro-Oeste, dois no Nordeste e três no Norte). Apenas em seis estados há mais de um serviço, e em quatro deles existem serviços localizados fora das capitais (oito cidades).⁶ Fazem parte dessas equipes “médicos(as), psicólogos(as), enfermeiros(as) e assistentes sociais. Entretanto, a falta de um ou mais profissionais na equipe – com exceção do médico(a) – não inviabiliza o atendimento”.⁵

Diversos empecilhos se interpõem no acesso a esses serviços, como a não divulgação de suas localidades no site do Ministério da Saúde, a falta de equipes profissionais específicas para atendimento nos mesmos (apesar da realização de concursos públicos) e a limitação no cumprimento das recomendações apresentadas nas normas técnicas.⁶ Além disso, quando as mulheres conseguem ser atendidas, elas se deparam frequentemente com a resistência dos profissionais de saúde, cujo processo formativo, em geral, negligencia as questões de gênero implicadas e não desenvolve a compreensão da saúde sexual e reprodutiva como um direito humano das mulheres. Isso ocorre inclusive entre os profissionais de psicologia.⁷ Esse destaque se faz necessário quando observamos como as teorias psicológicas não têm questionado o dispositivo materno, ou seja, a condição de ser mãe e o desempenho deste papel como elemento importante na definição da saúde mental das mulheres.⁸ Isso acaba por conflitar o profissional com a possibilidade de uma mulher não desejar e escolher não manter uma gestação.

Outra questão que se destaca na resistência das equipes de saúde é a religiosidade. Jurkewicz⁹ ressalta que “Setores conservadores, em aliança especial com a Igreja Católica e outras religiões, seguem criando barreiras para a realização de práticas contraceptivas e abortivas...” (p. 23). Esta situação tem se agravado desde o golpe de 2016, no qual muitas das

conquistas de direitos humanos das mulheres têm sido atacadas, sobretudo por aqueles que se apresentam sob a denominação de “pró-vida”.

Além disso, muitos médicos têm lançado mão da “objeção de consciência” para não realizar um procedimento que é direito da mulher. Este recurso é garantido pelo Código de Ética Médica,¹⁰ quando um procedimento vai de encontro com a liberdade de pensamento, crença e consciência do médico. No entanto, há ressalvas que nem sempre têm sido respeitadas: “excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente” (Código de Ética Médica, Capítulo I, item VII).

Também se fazem presentes no uso da “objeção de consciência” os temores dos profissionais em relação ao julgamento da sociedade e/ou desdobramentos legais.¹¹ Nesse sentido, Madeiro e Diniz⁶ destacam em seu estudo que 43% dos médicos participantes, quando não tinham certeza da veracidade da história relacionada ao aborto, contada pela mulher, declaravam objeção de consciência, por medo das consequências negativas, tanto do ponto de vista legal como social. Ou seja, não se tratava de proteção de convicções morais ou religiosas, que é o que essa condição pressupõe. Assim, em muitos casos, apesar de estarem cobertas pela lei, e em função da “objeção de consciência” por partes dos médicos, as mulheres precisam viajar para outros estados em busca de algum serviço onde seja possível realizar a interrupção da gravidez. Isso, muitas vezes, adia o procedimento, tornando-o mais complicado ou sofrido. E, na falta de recursos, algumas acabam sem opção e buscam métodos alternativos (muitas vezes letais) ou levam a gravidez a termo. Ou seja, há um ciclo de revitimização dessa mulher estuprada.

Apesar da lei, são muitas as tentativas para justificar a não realização dos procedimentos de interrupção de gestação que estão previstos no Brasil, o que tem tensionado o movimento feminista a discutir o tema a partir de várias perspectivas, em especial da saúde pública e do direito, utilizando a Constituição Federal de 1988 como marco legal que traz às

mulheres brasileiras a condição de sujeitos humanos e de cidadãos. Se o acesso a esse direito já se mostra complicado para a maioria das mulheres brasileiras, como se dá para aquelas que estão em condições marginalizadas, como muitas mulheres indígenas, sobretudo de grupos ressurgidos?

2. SOBRE UMA COMUNIDADE INDÍGENA RESSURGIDA, NO NORDESTE

Por volta de 1550, estima-se que viviam no território brasileiro cerca de mil etnias diversas, com um contingente populacional entre 2 a 6 milhões de indígenas. Até 1970 ocorreu a extinção da maior parte desses povos. No ano de 2000, somavam apenas 734 mil, ocorrendo um significativo aumento (10,8% ao ano) nos anos seguintes devido, principalmente, ao resgate da identidade e reconhecimento de grupos após a Constituição de 1988.¹²

Nos últimos 10 anos, tem sido observada uma crescente reivindicação de reconhecimento de grupos ressurgidos, especialmente no Nordeste, que buscam reconstruir sua identidade negada historicamente, num processo denominado de etnogênese.¹³ No último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, a região Nordeste foi apontada com a maior concentração de população indígena em números totais, com 106.150 mil indígenas de um total de 817.963 mil, 305 etnias e com 274 línguas.¹⁴

Esse reconhecimento foi acompanhado da luta pela demarcação de territórios tradicionais extintos e ocupados por latifundiários ao longo de toda a colonização. Assim, os chamados povos ressurgidos reúnem elementos da cultura sertaneja nordestina e indígena, possuindo um forte sincretismo religioso e cultural com os povos africanos, com os quais tiveram que se unir para sobreviver, e, inevitavelmente, com a religião dos seus colonizadores, resultado de um intenso processo de evangelização ocorrido nessa região.¹⁵ Todo esse processo levou-os a ressignificarem símbolos tradicionais de sua cultura. Como resultado da incorporação

desse sincretismo, povos afrodescendentes e indígenas reinventaram suas origens, uniram-se e, pela fusão de suas culturas (afro e indígena), construíram uma “nova” religiosidade e conhecimento, como é o caso do Candomblé, do Batuque, da Cabula, do Catimbó-Jurema, da Umbanda etc.

Nesse sentido, o povo “X”¹ é considerado um grupo ressurgido, integrado e que está em constante reinvenção e resgate de sua cultura. Vivem em um povoado em um estado nordestino e somam cerca de 900 indígenas.¹² Começaram sua luta por reconhecimento em 1988 e adquiriram o direito nos anos 90 do século XX.¹⁶

Com a demarcação das áreas, o povo “X” se dividiu em dois grupos: “X1”, liderado por um cacique homem e localizado em uma fazenda, e “X2”, liderados por uma cacica mulher, cuja área demarcada é conhecida como Areal (nome fictício).

Embora os “X2” possuam Terra Indígena (TI) demarcada desde a década de 90 do século passado, optaram por viver no povoado, reservando o Areal ao ritual do Ouricuri (ritual sagrado para essa comunidade), para o qual se deslocam a cada 15 dias e lá permanecem por três a quatro dias. O lugar onde ocorre o Ouricuri é o espaço sagrado, em que se reafirma a tradição ancestral e se constitui a identidade do povo “X”, mantendo presente a cultura e a prática desta tradição que – em parte – sobreviveu à perseguição e ao apagamento, devido ao silêncio e segredo que estes indígenas sustentam acerca dos ritos e práticas presentes no ritual.¹⁷

O Ouricuri é o reduto de vida que guarda o misterioso, o intangível protegido da interferência e domínio da sociedade não-indígena.¹⁸ Pouco se sabe sobre esse ritual realizado pelos “X”. Segundo os mais velhos, tem apenas 17 anos que seu uso foi resgatado pela comunidade, e apenas indígenas convidados e aceitos pelo pajé têm o direito de acessá-lo, se assim o quiserem.

Há no povoado “X2” dois postos de saúde, o dos “brancos” e o dos indígenas, a poucos metros de distância um do outro. Em alguns

momentos, a diferença entre a população que ali reside se dá na escolha de qual serviço de saúde procura. Sendo denominado de o “posto dos indígenas”, o Polo Base Indígena (PBI) é composto por um médico, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, duas agentes de saúde, um agente sanitário de saúde, uma psicóloga, um cirurgião dentista e uma auxiliar de saúde bucal, dois motoristas e dois seguranças. Destes, somente as enfermeiras, a psicóloga e o médico são não-indígenas.

Essa unidade de saúde existe há pouco mais de 10 anos e foi criada após longa reivindicação dos indígenas por um posto de saúde dentro do povoado. Geralmente, os PBIs são construídos em terras indígenas (TI) demarcadas. Esse, em especial, foi construído num povoado onde residem indígenas e não-indígenas, assunto esse de muita controvérsia na comunidade e que cria uma série de problemas institucionais, visto que algumas ações que a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) precisa executar dentro da comunidade não são realizadas, por não ser ali uma terra indígena, como por exemplo, os poços artesianos e o sistema de tratamento de água.

A maioria dos profissionais de saúde que ali atuam estão desde o começo da inauguração do polo, com exceção do médico que está há três anos, do cirurgião dentista que está há poucos meses e da vaga de psicóloga que foi conquistada apenas em agosto de 2020, sendo essa a primeira profissional dessa categoria na comunidade.

Alguns indígenas já eram assistidos pela psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no entanto, a maior parte da comunidade somente teve acesso à atenção psicossocial após a chegada da psicóloga no PBI. Casos de violência eram assim encaminhados – quando encaminhados – ao CAPS, ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) do município, ou apenas ficavam no silenciamento. Além disso, ao chegar ao território, foi observado que, além dos casos já registrados, existia grande número de casos subnotificados.

À medida em que as mulheres foram percebendo a criação de um espaço de escuta dentro do PBI, houve uma intensificação na procura pelo serviço e um aumento do número de relatos de violência. Das violências sofridas e narradas, o estupro se configurou como a mais silenciada e menos registrada, mesmo pela equipe de saúde, e com enfrentamento pífio, levando mulheres da comunidade que sofreram essa violência ou à busca de métodos naturais de interrupção de gravidez (como uso de chás abortivos) ou a dar à luz a um filho indesejado, cujo pai era o estupro. Ou seja, o direito de acesso ao aborto legal, em caso de estupro, amparado pelo Estado brasileiro, não se apresentava como uma opção disponível e nem estava sendo assegurado até então pelos próprios profissionais de saúde contratados pelo Estado. De todos os casos atendidos, o que será apresentado neste artigo mostra-se como um dos mais complexos.

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

O relato que se segue conta a história de uma mãe e sua filha lutando para interromper uma gestação resultante de um estupro. Ambas nasceram e cresceram no povoado “X2”. Embora Alessandra,* a mãe, não seja indígena, casou-se com um indígena com quem teve quatro filhos. A mais nova nasceu com transtorno no desenvolvimento que, por falta de intervenção, agravou-se resultando em um quadro definitivo de “retardo mental” (termo usado no laudo médico). A mãe conta que sofreu uma tentativa de feminicídio do ex-marido, tendo levado seis facadas, que deixaram marcas que ela mostra com muito sofrimento. Lembra-se de, no leito de sua morte, convocar os encantados da floresta e, por isso, ter sido salva. Sua tristeza é de nunca ter sido chamada ao ritual do Ouricuri para poder agradecer àqueles que a salvaram. Após a separação, o não indígena perde o direito de ser convidado. Dessa forma, mãe e filha nunca acessaram o ritual, embora guardem com respeito a crença na “religião dos índios”.

* Todos os nomes apresentados no relato de experiência são fictícios.

Tainá, a filha mais nova, possui, atualmente, 23 anos e vive com a mãe, que trabalha no cuidado da casa, e com seu padrasto, que trabalha como agricultor. Ela tem três irmãos (filhos do mesmo pai e mãe), um homem e duas mulheres. Lucas, com 18 anos, Gabriela, 25 e Maria 28 anos. Tainá faz uso de medicação psicotrópica (Clorpromomazina – 100mg; Carbamazepina – 200mg; Fluoxetina – 20mg; Ácido Valpróico – 250mg) há cerca de 10 anos e, mais recentemente, foi adicionada a sua receita uma ampola de Haldol Decanoato ao mês. Foi diagnosticada com deficiência mental (CID F. 71; F. 91 e F 6.40) em 2016 e cadastrada como pessoa com necessidade especial, considerada pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) como dependente de cuidados. Apresentando idade cognitiva e emocional de uma criança, com grande dificuldade na realização de tarefas simples (não toma banho sozinha, não consegue fazer sua própria comida), Tainá apresenta uma autonomia limitada, motivo pelo qual sua mãe tornou-se sua responsável legal. É a mãe quem administra os medicamentos, organiza e executa as demais tarefas cotidianas de cuidado pessoal e higiene dela.

Em dezembro de 2017, Tainá foi encaminhada pelo médico perito do Instituto Médico Legal – IML de uma cidade do interior para profilaxia de emergência após estupro, uma vez que contraiu sífilis. Na notificação, realizada pela enfermeira do Polo Base Indígena,[†] foi informado que a jovem já havia sido vítima de violência sexual anteriormente, tendo sido o local do ocorrido a sua residência e o agressor, pessoa conhecida.

Na ocasião, o Polo de Saúde Indígena acionou a delegacia da cidade e o IML. Desde então, a jovem frequentou o CAPS e foi algumas vezes ao CRAS, quando precisou fazer o cadastro para recebimento do benefício por doença incapacitante. A mãe relatou que a jovem deixou de ir ao CAPS em fevereiro de 2020 e que, depois disso, as atividades desse serviço foram suspensas devido à pandemia do coronavírus. Em abril de 2020, após consulta médica no PBI, houve a prescrição do uso de contraceptivo oral

† Nome suprimido para proteger o sigilo da paciente.

combinado, para tratamento de patologia ovariana micropolicística. No entanto, a mãe alegou dificuldade em administrar o uso da medicação.

Em setembro de 2020, foi realizada visita domiciliar à Tainá a fim de avaliar o uso das medicações psicotrópicas prescritas e apresentar, para a usuária, a profissional de atenção psicossocial recentemente chegada à unidade de saúde. Na ocasião, observou-se que a indígena estava bastante letárgica, indicando uma superdosagem da medicação utilizada. A mãe foi questionada sobre a administração dos remédios e ela alegou que a medicação havia sido prescrita pelo médico para que a filha ficasse mais em casa, pois a mesma andava muito sozinha pela comunidade, o que a preocupava pelo risco de a jovem engravidar. Relatou ainda que, sem a medicação (clorpromazina), a filha não dormiria e ficaria muito inquieta/agitada. Em relação ao cuidado e à proteção da jovem, a mãe afirmou não conseguir mantê-la dentro de casa tanto quanto gostaria, pois ao tentar, teve de lidar com ameaças envolvendo o uso de faca e agressão física.

Pelo que se pôde observar na visita, e posteriormente em outros contatos, a relação entre mãe e filha é de atritos constantes, com episódios de agressividade por parte da filha, a qual prefere passar a maior parte do seu dia na casa da avó paterna, na companhia de outros parentes. A mãe teme que a permanência da jovem na casa da avó a deixe muito vulnerável, uma vez que fica exposta a pessoas que, no relato da mãe, ofereciam “risco” (sexual) à filha.

A mãe possui também um histórico de violências sofridas. Conta-se que o pai da jovem tentou matá-la a facadas quando resolveu deixá-lo. Alessandra apresenta diversas cicatrizes do ocorrido, o qual não denunciou por medo, tentando manter-se afastada da família do ex-esposo após a separação. A relação do pai com a jovem é de negligência e abandono. Todavia, a jovem possui uma boa vinculação com a avó paterna.

Em outubro de 2020, a mãe, juntamente com a filha, procurou a equipe de saúde do PBI para informar que a jovem estava gestante de

nove semanas e quatro dias. Foi relatado que a gravidez era resultado de uma violência sexual. Na ocasião, a jovem estava sangrando após o uso de chás abortivos dados pela avó paterna. Foi realizado teste rápido, confirmando reagente para sífilis. Como a jovem já tinha tratado uma sífilis, também resultado de um estupro, não foi possível dizer se a IST (Infecção Sexualmente Transmissível) detectada era recente ou não, tendo sido encaminhada para avaliação médica.

Três dias depois, foi realizada visita domiciliar pela profissional de atenção psicossocial (psicóloga). Novamente foi relatada a violência sexual sofrida, sendo o agressor um conhecido da família. Foram dadas orientações quanto à denúncia. No entanto, a mãe estava muito apreensiva. Além do uso de chás abortivos, ela relatou ter comprado misoprostol para dar à filha. Foram dados esclarecimentos sobre o direito ao aborto legal nesses casos. A família compreendeu e manifestou o desejo de encaminhá-la à rede, para realização do procedimento de interrupção da gestação. A jovem esteve presente durante toda conversa e concordou, embora saibamos que a mesma não compreendia com clareza o significado de realizar tal procedimento, assim como não compreendia com exatidão o ocorrido.

A mãe solicitou que fosse ouvida, também, a opinião da avó paterna, visto que a mesma possuía um vínculo positivo e um papel relevante junto à jovem. Dessa maneira, foi realizada visita à casa da avó no dia seguinte e apresentada a situação (da qual a mesma já estava ciente). Estavam presentes na reunião, além de Tainá, o avô paterno, a avó paterna, um tio e a irmã. A avó mostrou-se bastante preocupada com a situação, visto que, segundo ela, a jovem indígena não possuía condições de cuidar ou mesmo gestar uma criança, especialmente sendo essa o resultado de um estupro. A jovem não se opôs em nenhum momento. Apareceu ainda o relato de que o pai ameaçou matar a mãe e o agressor, caso a criança viesse a existir de fato.

Foi ainda consultada, nesse dia, como de costume em casos como esse – após o aval da mãe –, a cacica responsável pela comunidade. A

situação foi exposta a fim de que a mesma pudesse contribuir com o cuidado da jovem e de sua família, colaborando com o esclarecimento junto à comunidade, bem como ajudando a equipe de saúde a combater a culpabilização e a estigmatização da vítima e de sua família. A cacica foi colaborativa e se colocou à disposição para ajudar no que fosse preciso. Concordou com a forma como o caso estava sendo conduzido e informou que iria envolver o pajé, a fim de que ele pudesse ajudá-la a respaldar a decisão junto à comunidade.

A partir da concordância da mãe, da avó e da cacica, foi realizado contato com a rede de atenção à vítima de violência sexual da capital – único serviço de todo o estado. Fomos então informadas que, devido à Covid-19, os serviços hospitalares estavam todos com atendimento reduzido ou parado. O serviço de acesso ao aborto legal estava com equipe reduzida e atendendo por agendamento em caráter de urgência. Foi necessário articular as coordenações do DSEI-capital/estado, FUNAI e Secretaria de Saúde do Estado, para que o atendimento à indígena se desse em tempo hábil. Somente após esta articulação, foi agendada para dois dias depois a realização dos exames necessários e a avaliação/anamnese por parte da equipe multiprofissional do serviço, a fim de atestar se a mesma seria considerada apta para o procedimento solicitado.

No dia previsto, a indígena foi à capital, acompanhada da enfermeira do PBI. Foi acolhida pelo serviço e, após consulta com psicóloga e assistente social, advogada e representante da Secretaria de Saúde do Estado, foi encaminhada para a médica obstetra, a qual atendeu somente Tainá, sem a presença da tutora legal. A mãe não participou, portanto, da consulta, embora em determinado momento tenha ouvido alguns questionamentos inadequados, feitos pela médica diretamente a sua filha, como, por exemplo, perguntar se ela não estava sendo forçada pela mãe para estar ali ou se ela queria ter o bebê. Tal procedimento foi impróprio, tendo em vista que, segundo o Artigo 128 do Código Penal – Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de Dezembro de 1940, é previsto que nos casos onde a gravidez resulta

de estupro, o procedimento do aborto “é precedido de consentimento da gestante ou, **quando incapaz**, de seu representante legal”¹ (grifo nosso).

Após ouvir a jovem, a médica apresentou três argumentos e reações. Primeiramente, deu a entender que Tainá poderia estar fingindo um retardo (que não seria tão grave) para conseguir acessar o serviço de aborto legal. Pediu assim o histórico da paciente alegando que, mesmo sendo aposentada por perícia médica do INSS com Classificação Internacional de Doenças (CID) de doença incapacitante, o atestado apresentado era muito antigo e emitido por médico neuropediatra. Solicitou, então, um atestado atual de médico psiquiatra. Não segura da decisão, solicitou ainda – como condicionante ao procedimento – a realização de um Boletim de Ocorrência (BO) pela mãe.

Como apontamos anteriormente, o Código Penal não exige qualquer documento, a não ser o consentimento da mulher ou do representante legal no caso de incapaz. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde, portanto, não cabe ao profissional duvidar da palavra da vítima, o que agravaria ainda mais as consequências da violência sofrida.^{4,5,7} Judicializar tal situação é revitimizar, ou seja, prolongar ainda mais o sofrimento da vítima, além de adiar o procedimento, acarretando mais riscos de saúde, visto que, nesse momento, estava sem o uso de suas medicações psicotrópicas devido à gestação.

Pressionada pela equipe do polo que acompanhava Tainá, e que apontou seus direitos prescritos no código penal, a médica, como segunda reação, questionou se a decisão de abortar não seria da mãe e que, no fundo, Tainá desejaria ter o bebê. Dirigiu-se algumas vezes a Tainá, perguntando-lhe se queria mesmo realizar o aborto. Em alguns momentos, Tainá respondia que sim e, em outros, não. Como apontado na apresentação da paciente, tratava-se de um caso de incapaz, havendo inclusive dificuldade para entender as questões que a médica lhe fazia, fato que foi totalmente desconsiderado pela profissional.

Novamente lembrada do que era previsto no Código Penal, em casos de mulheres/crianças incapazes, a médica valeu-se, por último, da “objeção de consciência”, podendo se recusar a realizar o procedimento, e encaminhou o caso para a rede de atenção psicossocial de outra cidade do estado, para que fosse emitido laudo mais atual. Dessa forma, assim que retornou, a equipe do PBI que acompanhava Tainá foi até o CAPS, para agendar o quanto antes consulta para obtenção de laudo do médico especialista. Foi informado que o serviço estava com alta demanda e, por esse motivo, só teria agenda para cinco dias depois.

No dia agendado, foram ao CAPS a jovem, a mãe e a psicóloga do Polo Base Indígena (PBI). O médico atendeu o caso e produziu documento solicitado, atestando o mesmo CID F. 71; F. 91 e F 6.40 do documento anteriormente apresentado e mostrando-se de acordo com o encaminhamento/acompanhamento dado ao caso pela equipe do PBI. Ele sugeriu ainda que fosse verificada a possibilidade de agendar para a jovem, pelo SUS, o procedimento de ligadura das trompas.

No mesmo dia, buscando dar a celeridade que o caso requer, o atestado psiquiátrico foi encaminhado para a psicóloga do serviço de aborto legal e para a psicóloga responsável técnica em Saúde Mental da sede do DSEI (Distrito Sanitário Especial Indígena) responsável pela área de abrangência dessa aldeia. Ao receber o documento, a psicóloga informou que a equipe seria reunida no dia seguinte para deliberar sobre o caso e que dariam uma resposta ao PBI. Além disso, o Ministério Público informou ao polo que a mãe seria intimada a participar de audiência com Juiz da Comarca da localidade, a fim de prestar depoimento acerca do caso.

Participaram de audiência on-line a psicóloga do polo, mãe e filha, juiz da comarca, defensor público, antropólogo do Ministério Público da capital e psicóloga da sede do DSEI do estado. Tainá compareceu abraçada a uma boneca que havia acabado de ganhar da mãe, de cabeça baixa e intimidada com a presença de todos ali. Ela ficou em silêncio o tempo todo, brincando com a boneca. A mãe foi solicitada a relatar, uma vez mais, o

ocorrido. Com muita dificuldade, buscou na memória novamente os fatos doloridos da violência vivida pela filha. Alessandra (a mãe) é também uma mulher marcada pela violência e teme figuras de autoridade, especialmente sendo elas homens. A filha foi questionada pelo Juiz acerca da relação com a mãe e se estava ciente do significado do procedimento do aborto. Sem resposta, o juiz pediu à psicóloga que fizesse perguntas diretas a esse respeito. Dessa maneira, foi perguntado se ela gostaria de ir à capital para “tirar a agonia de dentro dela” (*sic*), uma vez que passou a semana anterior pedindo que assim o fizesse. Ela respondeu que sim. Tainá transitava entre a fantasia de ter sua própria boneca e sentir que dentro de si havia uma “agonia” que lhe causava dor e lhe fazia vomitar.

Após a escuta de todas as partes, o juiz determinou que o procedimento ocorresse o mais rápido possível. Na decisão emitida por ele, a audiência foi descrita como “absolutamente desnecessária”, na qual mais uma vez a mulher estava sendo penalizada e revitimizada. A audiência ocorreu 14 dias depois da primeira tentativa de interrupção da gravidez no serviço de aborto legal, dia em que Tainá fazia aniversário. Os parabéns foram cantados para ela durante a sessão.

Uma semana depois, Tainá deslocou-se em carro do DSEI acompanhada da mãe, de Maria (irmã mais velha) e da psicóloga que acompanhava o caso na aldeia em que vive. O procedimento teve início às 8h da manhã e se estendeu por todo o dia. Foi orientado pela equipe do serviço de aborto legal que a indígena dormisse no hospital para observação e realização de exames, retornando somente no dia seguinte. As psicólogas do DSEI do estado acompanharam durante todo o dia a família e a paciente. No dia seguinte, o carro da SESAI foi buscá-la pela manhã.

No dia posterior a seu retorno à comunidade, foi realizada visita domiciliar pela psicóloga, sendo observado que a família estava satisfeita com o resultado do procedimento, não havendo intercorrências ou desconfortos físicos neste período. A paciente estava comunicativa,

receptiva e calma. A mãe apresentou todos os encaminhamentos e receitas recebidas pela equipe do serviço de aborto legal. Ela também foi orientada a fazer uso de anticoncepcional injetável a cada 30 dias e realização de um hemograma para levar no retorno um mês depois. Nessa visita, a filha mais velha relatou estar incomodada com o fato de que a família do agressor não demonstrou apoio nenhum à irmã e temia que uma nova situação pudesse voltar a acontecer, visto que nada foi feito com o agressor. Questionada se queria realizar denúncia, ela disse que sim, mas que tinha medo, pois o agressor de Tainá era seu vizinho e Alessandra (sua mãe) já havia sido vítima de tentativa de feminicídio pelo ex-esposo, fazendo com que toda essa situação trouxesse à tona antigos traumas e pavores.

Um dia depois, conforme acertado, foi realizada nova visita domiciliar pela psicóloga, para avaliar se mãe ou irmã queriam apoio para a realização da denúncia. Tainá e a irmã não estavam em casa e a mãe relatou que a filha mais velha foi se consultar com a avó paterna sobre como proceder frente a essa situação. Nesse mesmo dia, foi realizada visita domiciliar da enfermeira Responsável Técnica (RT) do polo, acompanhada da agente de saúde, com o objetivo de orientar sobre o uso das medicações e reações corporais após a interrupção da gestação.

No dia seguinte, a irmã mais velha procurou o polo com o desejo de ir à delegacia. No entanto, como a psicóloga não estava presente, foi orientada a voltar no outro dia, o que acabou ocorrendo. Na oportunidade, a mãe relatou a descoberta de outra ocorrência de violação sexual da filha, por “um velho que trabalhava na fábrica de cana”. Seu esposo, que também trabalha na fábrica, contou que vários colegas de serviço narraram o ocorrido, sendo de conhecimento comum que outros homens da região haviam também praticado violência sexual com a enteada. Por esse motivo, ao tomarem conhecimento dessa realidade, foram à casa do senhor acusado em busca de satisfações e, em seguida, procuraram novamente a unidade de saúde, para ajudá-las com a denúncia.

A mãe estava convencida de que a filha não estaria protegida enquanto alguém não respondesse pelas sucessivas violências cometidas contra ela. Acreditava que a impunidade foi responsável pela repetição do ato, compreendendo que a filha seguia em vulnerabilidade. A equipe agendou com a família, então, o acompanhamento da denúncia.

Nesse mesmo dia, foi realizada uma visita domiciliar à avó de Tainá, na qual estavam presentes a jovem e um primo de 10 anos de idade. Zefa, a avó, queixou-se do comportamento da neta, alegando que a mesma não ficava na casa da mãe e que não obedecia a ninguém. A avó estava cansada e preocupada com a agressividade excessiva da neta, quando ela era contrariada, seja por ela – a avó – ou pela mãe.

Quatro dias depois, a irmã mais velha de Tainá procurou o polo, bastante agitada, em busca de ajuda para denunciar supostos agressores da irmã. No mesmo dia, a psicóloga do PBI acompanhou a mesma e uma testemunha à delegacia da cidade.

Menos de uma semana depois, a mãe (Alessandra) procurou o polo bastante abalada e chorosa, para informar que soube de um “velho que mora nas redondezas” que estava “agarrando sua filha”. Ao saber disso, a mãe procurou a filha para levá-la de volta para casa, mas ela recusou-se a voltar e chegou a ameaçar sua mãe com uma faca. Outras visitas foram realizadas, seja à casa da avó, seja à casa da mãe. Os atritos entre mãe e filha se exacerbaram, com episódios de violência física recíproca. Essas situações ocorreram, sobretudo, quando a mãe tentava impedir Tainá de perambular sozinha pela cidade, visando a protegê-la de possíveis abusos sexuais. A equipe do PBI resolveu encaminhar Tainá para o CAPS e trabalhar, juntamente com os profissionais desse serviço, um projeto terapêutico para ela. Além disso, Tainá também começou o acompanhamento contraceptivo com a equipe de saúde do PBI.

4. CONCLUSÕES

O caso de Tainá evidencia diversas vulnerabilidades, marcadas por questões interseccionais de etnia, gênero e deficiência/transtorno mental, que a colocam em uma situação de extrema fragilidade. Ela é vista como um alvo fácil e disponível (sem grandes consequências) para o abuso sexual de homens próximos e, também, mais distantes, da região. Nesses abusos, ela já contraiu sífilis e uma gravidez indesejada, para a qual a solução dada pelos parentes foi o uso de chás abortivos naturais. Houve um sangramento, não se sabe se decorrente de uma tentativa de aborto mal resolvida, ou de uma sífilis não curada. Fato é que a equipe de saúde até então disponibilizada para o atendimento da comunidade não havia apresentado o acesso ao serviço de aborto legal como um direito e uma possibilidade de escolha segura para a interrupção da gravidez. Somente com a chegada de uma nova profissional da psicologia, sensível à perspectiva de gênero, foi possível trabalhar com a família essa opção, que, mesmo sendo um direito, se mostrou bastante difícil de ser efetivada.

Primeiramente, nessa comunidade indígena, não se trata de uma mera decisão individual, ou no caso de Tainá, de sua tutora, mas uma decisão mais coletiva que envolve a família e as lideranças locais. Segundo, a dificuldade de acessar o serviço também passa pela necessidade de negociar com o DSEI/SESAI, sendo necessária a aprovação do mesmo para que o acesso seja permitido. Ou seja, além da tutela da mãe e da comunidade, é preciso furar a tutela do Estado. Por outro lado, foi graças à negociação do DSEI/SESAI com o serviço de aborto legal que se tornou possível, em plena pandemia da Covid-19, o procedimento. Isso porque, nesse momento, houve quase a paralisação total desse serviço. Ou seja, Tainá, na sua vulnerabilidade como mulher indígena e portadora de deficiência intelectual (grave), foi considerada um caso excepcional, a ponto de a equipe, mesmo paralisada, aceitar atendê-la.

Terceiro, foram encontradas as dificuldades mais gerais, consistentemente já apontadas na literatura nacional sobre o funcionamento desses serviços e sobre os profissionais envolvidos.^{19,20} Aqui, apareceram: a desconfiança da vulnerabilidade do retardo mental; a desconfiança da verdade do estupro;⁷ e, por fim, a objeção de consciência.^{11,21} Isso levou à necessidade de se atravessar um processo de judicialização, no qual mais uma vez foi necessário expor Tainá à repetição da história da violência, mesmo que o resultado final reafirmasse um direito que, supostamente, já deveria lhe ter sido concedido desde a decisão inicial por parte de sua tutora, a mãe.

Esse relato de experiência também levanta a necessidade de articulação, ainda muito incipiente, entre os cuidados em saúde mental e os cuidados em saúde sexual e reprodutiva. Apesar das tentativas de pensar as políticas públicas de saúde para mulheres do ponto de vista da integridade, desde a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo Ministério da Saúde em 1983, ainda há a invisibilização dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres portadoras de algum transtorno mental.

Outro problema que se apresenta é a perspectiva de continuidade da vulnerabilidade e da violência sofrida pela jovem mulher. As ações tomadas pela equipe de saúde orbitaram em torno da interrupção da gravidez, do atendimento e tratamento de seu transtorno mental e da prescrição de contraceptivos que a protejam de possíveis gravidezes futuras. No entanto, a vulnerabilidade a futuras violências sexuais se manteve, mesmo face à denúncia realizada. Como visto, a jovem foi estuprada mais de uma vez no decorrer de sua vida, e por homens diferentes. Frente a isso, a estratégia da mãe, largamente utilizada, foi a tentativa de circunscrever a vida da filha ao espaço do lar, esforçando-se por proibi-la de sair. Aqui se incorre no erro de responsabilizar a vítima pela evitação da violência sexual, enquanto o(s) agressor(es) remanesce(m) impune(s).

Cabe assim o questionamento acerca de quais outras intervenções seriam possíveis e necessárias para se combater a violência sexual contra as mulheres nessa comunidade. E, também, sobre quais os limites de intervenções de grupos de saúde que representam o Estado brasileiro em grupos minoritários, com identidades étnicas e culturas diversas. Talvez uma das opções fosse tentar mobilizar a comunidade, através de figuras de liderança, tais como o cacique e o pajé. No entanto, muitas vezes há o endosso, através do acobertamento dos casos, por parte dessas pessoas, o que torna ainda mais complexo o serviço das equipes de saúde e do Polo Básico Indígena (PBI) nesse território. Se os próprios profissionais muitas vezes já se escusam do atendimento e encaminhamento condizente dos casos de violência sexual, correr o risco de indispor-se com as lideranças da comunidade (por apontar algo que se quer deixar encoberto) pode ser mais um fator que leva ao silenciamento, à subnotificação e à não prestação adequada do atendimento. Faz-se mister, assim, pensar em estratégias de intervenção que se adequem tanto ao marco legal, que já garante o direito ao aborto em algumas circunstâncias, como o respeito às especificidades étnicas.

Por fim, é preciso destacar que, apesar da dificuldade de acesso ao serviço de aborto legal, o mesmo só foi possível por estar garantido pela lei. Vimos, inclusive, o quanto o uso deste argumento foi importante para a insistência da equipe de saúde do Polo Indígena, para que a médica do serviço de aborto legal cumprisse seu papel. Ainda assim, foi necessário contornar o mal uso da “objeção de consciência”. No momento atual, o direito adquirido pelas mulheres brasileiras, de ter acesso à interrupção da gravidez, tem sido ameaçado por diversos projetos de lei que tramitam no Legislativo. Tais projetos visam a dificultar ou impedir esse acesso, colocando as ações do âmbito judicial como anteriores aos dos cuidados em saúde. Ou seja, incorre-se no risco de judicializar e revitimizar ainda mais as mulheres estupradas, as quais serão responsabilizadas em provar a “verdade” do estupro. Propostas assim, se aceitas, somente aprofundarão as desigualdades já existentes de acesso à saúde, quando comparamos os diversos grupos de mulheres, deixando à própria sorte mulheres como Tainá.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Presidência da República. Rio de Janeiro, 1940.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**: Norma Técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
3. TALIB, R.A.; CITELI, M.T. Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004). DOSSIÊ. São Paulo: **Cadernos Católicas pelo direito de decidir**; 2005.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da **Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**: Norma Técnica. 2. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**: Norma Técnica. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
6. MADEIRO, A.P.; DINIZ, D.M. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016; 21(2);563-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200563&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>. Acesso em: 25 jan. 2021.
7. DIOS, V.C. **A palavra da mulher**. Prática de produção de verdade nos serviços de aborto legal no Brasil. Brasília: LetrasLivres; 2018.
8. ZANELLO, V. Dispositivo materno e processos de subjetivação; desafios para a Psicologia. In: ZANELLO, V.; PORTO, M. **Aborto e (não)de-sejo de maternidade(s)**: questões para a Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2016, p. 103-122.
9. JURKEWICZ, R.S. Quem controla as mulheres? Direitos Reprodutivos e Fundamentos Religiosos na América Latina. São Paulo: **Cadernos Católicas pelo direito de decidir**; 2011.

10. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM – BRASIL). Código de Ética Médica. **Resolução nº 1.246/88**. Brasília: Tablóide, 1990.
11. CHAVKIN, W.; LEITMAN, L.; POLIN, K. Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: A White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses. **International Journal of Gynecology & Obstetrics** 2013; 123:S41-S56.
12. INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA) [s.d.]. Reserva Indígena Karapotó. Disponível em: <https://terrasindigenas.org.br/pt-br/terras-indigenas/3925#demografia>. Acesso em: 19 jan. 2021.
13. CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO – CIMI. Emergentes? Ressurgidos? Não, RESISTENTES. 25 jun. 2004. Disponível em: <https://cimi.org.br/2004/06/21922/>. Acesso em 20 jan. 2021.
14. FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO – FUNAI. **Política Indigenista**. 2020. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/quem-sao>. Acesso em: 10 dez. 2020.
15. AMORIM, S.S. [s.d.]. **Notas etnográficas**: A construção da auto-imagem de povos indígenas ressurgidos. Os Tumbalalá, os Kalankó e os Karuazu, Kóiuanká e Catókinn - II. Disponível em: <https://www.studium.iar.unicamp.br/13/5.html?studium=2.html>. Acesso em: 20 jan. 2021.
16. THYDÊWÁ [s.d.]. Karapotó livro memória no começo era assim. Disponível em: <https://www.thydewa.org/livros1/memoria/karapoto/>. Acesso em: 21 jan. 2021.
17. NETO, R.R.C. **Cânticos de cura dos Kariri-Xocó** [dissertação]. João Pessoa: UFPB/CCTA; 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/js-pui/bitstream/123456789/11366/1/Arquivototal.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2021.
18. MATA, V.L.C. **A semente da terra**: identidade e conquista territorial por um grupo indígena integrado. Maceió: EDUFAL; 2014.

19. MOREIRA, G.A.R.; VIEIRA, L.J.E.; CAVALCANTI, L.F.; MAGALHÃES, S.R.; FEITOZA, A.R.M. Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. **Saúde soc.** 2020; 29(1);e180895. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000100308&lng=en&nrm=iso. Epub Mar 20, 2020. ISSN 1984-0470. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902020180895>.
20. DINIZ, D.; DIOS, V.V.; MASTRELLA, M.; MADEIRO, A.P. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Revista Bioética** 2014; 22(2);291-8.
21. DINIZ, D. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública** 2013; 29(9);1704-6.

ABORTO LEGAL DURANTE A PANDEMIA: REFLEXÕES DE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA

Angela Ester Ruschel^a

Filipe Rodrigues do Nascimento^b

Jane Iândora Heringer^c

Sandra Cristina Poerner Scalco^d

LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA:

Serviço de Atenção Integral em Saúde Sexual (SAISS) do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre-RS, em 2021.

RESUMO: Este artigo destina-se a analisar o impacto no acesso ao serviço de Aborto Legal (AL) causado pela pandemia do SARS-CoV 2 identificar o perfil das mulheres, caracterizar as situações de violência sexual e refletir sobre as possíveis interferências da pandemia no acesso ao serviço, a partir

-
- a Psicóloga do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Mestre em Saúde Coletiva/UFRGS.
 - b Residente em Medicina de Família e Comunidade/HCPA. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia/UFRGS.
 - c Psicóloga do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Mestre em Psicologia Clínica/PUC-RS.
 - d Médica do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Mestre em Saúde Coletiva/ULBRA, Doutora em Epidemiologia/UFRGS, coordenadora do SAISS/HMIPV.

dos casos que resultaram na realização de aborto legal durante o ano de 2020 no Serviço de Atenção Integral em Saúde Sexual (SAISS) do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) de Porto Alegre. Trata-se de estudo transversal e descritivo, no qual foram analisados todos os casos de mulheres que realizaram o aborto legal, atendidos no ano de 2020. Foram realizados 37 abortos decorrentes de estupro. A maioria das mulheres (89%) eram adultas, 70% brancas e 37,8% tinham nível de escolaridade universitário. Em 81,1% dos casos a violência foi um episódio único. No entanto, 51,4% das mulheres conheciam o agressor, sendo 27% parceiros e ex-parceiros e 24,4% agressores identificáveis. No que tange às formas de constrangimento, a força física foi a estratégia de intimidação mais utilizada pelos agressores (43,2%), seguida por ameaças (10,8%), uso de armas de fogo/faca (5,4%), e *stealthings**(5,4%). Em 67,6% dos casos a violência ocorreu em locais privados.† Chegaram ao serviço com Idade Gestacional (IG) menor de 12 semanas, 86,5% dos casos, e 81,1% dos procedimentos de Aborto Legal foram no primeiro trimestre. A maioria das mulheres (45,9%) veio encaminhada por um serviço ou profissional de saúde. O estudo aponta que mulheres com maior grau de escolaridade possivelmente têm mais acesso à informação e mais condições de buscar seu direito, em detrimento das mais vulneráveis e mais jovens. O confinamento gerado pela pandemia agravou a violência doméstica, refletindo no aumento de casos de gravidez decorrente de estupros ocorridos nas relações afetivas.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto legal; Violência Sexual; Covid-19

* *Stealthings* consiste na retirada do preservativo durante a relação sexual, sem o consentimento da outra pessoa, podendo caracterizar crime de violação sexual mediante fraude.¹

† Foram considerados como local privado a casa da vítima, do agressor ou de algum amigo/conhecido.

1. A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES DURANTE A PANDEMIA

A violência contra as mulheres é uma questão relevante de saúde pública e de violação dos direitos humanos. Estima-se que aproximadamente uma a cada três mulheres (35%) em todo o mundo já sofreram violência física e/ou sexual por parte do parceiro ou de terceiros durante a vida.²

Dados do IPEA³ revelam números assustadores em relação a violência sexual no Brasil (50.000 estupros/ano), sendo assim uma mulher é estuprada a cada 11 minutos. Os pesquisadores estimam que o total de denúncias represente no máximo 10% do que realmente ocorre e que em torno de 7% das vítimas de estupro tem uma gravidez como consequência.⁴ Nessa perspectiva teríamos em torno de 35.000 gestações por violência sexual (VS) a cada ano.

No Brasil, o direito ao abortamento nos casos previstos em lei, já restrito pelos poucos serviços de referência existentes e pela falta de informação sobre esse direito, passou a ser mais pressionado. Alguns hospitais interromperam o atendimento às vítimas de violência sexual e ao aborto legal em função da Covid-19 e, além disso, o Ministério da Saúde (MS) publicou novas portarias que visivelmente obstaculizavam o acesso das mulheres.^{5,6}

De acordo com Hall *et al.*,⁷ os efeitos da pandemia de SARS-CoV-2 incidem de modo desproporcional nos efeitos que causam nas desigualdades já existentes no acesso à saúde sexual e reprodutiva, afetando em maior grau a qualidade da saúde, o bem-estar e a estabilidade econômica de mulheres, meninas e populações vulneráveis. As situações de isolamento social, decorrentes das medidas sanitárias de contenção da pandemia, impuseram a necessidade de maior convívio doméstico e acarretaram uma sobrecarga no trabalho das mulheres, amplificando possíveis conflitos nas relações conjugais e a eclosão e/ou intensificação de

violências já existentes.⁸ Embora ainda sejam escassos os estudos, houve mais registros de violência doméstica em países como a China, Reino Unido e EUA. Numa cidade localizada na província de Hubei, houve três vezes mais denúncias em fevereiro de 2020 em relação ao mesmo período do ano anterior.⁹ De acordo com o anuário brasileiro de segurança pública,¹⁰ em nosso país, o número de registros de agressões em decorrência de violência doméstica caiu 9,9% no 1º semestre, quando comparado ao ano anterior. No entanto, cresceu 1,9% o número de vítimas fatais por feminicídio. De acordo com Pimentel e Martins,⁸ pode-se atribuir a queda nos registros principalmente à necessidade de presença física da vítima nas delegacias, sendo que o confinamento causado pela pandemia criou um novo obstáculo para a busca de ajuda. Possivelmente isso foi mais acentuado nos casos de estupro, em que o exame pericial é realizado em sequência à denúncia. Cabe ressaltar, entretanto, que o atendimento em saúde não está vinculado a qualquer tipo de denúncia policial, sendo orientado pela Norma Técnica do MS que, em caso de violência sexual, esse atendimento deverá ser priorizado devido à necessidade do uso de profilaxias contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e contracepção de emergência.¹¹

Além das lesões físicas, a violência contra as mulheres pode causar danos severos na saúde mental e na organização social das pessoas envolvidas, sendo a gravidez indesejada uma das consequências.⁹ A ONU Mulheres aponta para um aumento da dificuldade de acesso aos serviços decorrente do confinamento e do distanciamento físico, o que aumenta os riscos das vítimas.²

Pesquisadores e organismos internacionais alertam para a restrição de ofertas de serviços de saúde sexual e reprodutiva devido ao fechamento de serviços, desde a atenção primária em saúde, até as áreas especializadas.¹² Isso implica em menos acesso a anticoncepcionais e mais chance de ocorrência de gestações indesejadas.

No Brasil, a publicação da Portaria nº 2282/20,⁵ decorrente das determinações da Lei nº 13.931/2019,¹³ pode ter contribuído para a restrição da assistência, na medida em que as novas orientações do MS descaracteriza-

vam a prioridade do cuidado em saúde no atendimento do aborto legal por violência sexual. A portaria estabelecia a obrigatoriedade da notificação à autoridade policial pelos profissionais de saúde em casos de estupro, fazendo com que a busca pelo serviço de saúde ficasse vinculada à criminalização do fato, o que não era a finalidade do atendimento, gerando insegurança nas mulheres que desejam não denunciar por medo do agressor ou do desgaste envolvido no processo legal. O SAISS, embasado pelas notas das entidades profissionais e pela Recomendação nº 42/2020 do Ministério Público Federal do Rio Grande do Sul (MPF/RS),¹⁴ discutiu e articulou com a direção do hospital e com os Comitês de Bioética Clínica do HMIPV e do Hospital de Clínica de Porto Alegre, a proposição de nota explicativa, para ser anexada ao prontuário clínico, que justificava a não adoção das orientações da nova portaria, respaldando o sigilo profissional e apontando a necessidade de aprofundar a discussão nos âmbitos técnicos, éticos e institucionais. Dessa forma, o HMIPV seguiu o protocolo assistencial vigente anteriormente. A Portaria nº 2282/20⁵ exigia também que a mulher gestante em decorrência de um estupro fosse exposta à imagem do feto durante a realização da ecografia, numa intenção de desmotivar a escolha pelo aborto, prática que se assemelha à tortura.¹⁵ Entidades profissionais e organizações de defesa dos direitos da mulher em todo o país se manifestaram de modo contundente contra a vigência desta portaria, que foi substituída pela Portaria nº 2561/20,⁶ com algumas modificações, mas mantendo a orientação de comunicação à autoridade policial pelo profissional da saúde dos casos de violência contra a mulher.

A polêmica envolvendo as portarias nº 2282/20 e 2561/20 sobre os procedimentos de justificação e autorização da interrupção da gestação nos casos previstos em lei no âmbito do SUS teve como uma de suas consequências a sensação de insegurança entre os profissionais dos serviços de referência, aumentando a fragilidade na organização desses serviços. Além disso, o medo da obrigatoriedade da denúncia policial pode ter afastado as mulheres do atendimento em saúde e resultado em mais um obstáculo de acesso ao direito ao AL, levando-as à manutenção de uma gestação indesejada decorrente de VS ou a busca por procedimentos clandestinos.

No HMIPV, referência no atendimento a situações de VS e de AL desde o ano de 2000 e instituição com maior número de atendimentos no estado do Rio Grande do Sul (RS), não houve interrupção no atendimento durante os meses de janeiro a dezembro de 2020, período referente a este estudo. Percebeu-se, entretanto, períodos com diminuição na busca pelo serviço.

Este artigo destina-se a analisar o impacto causado pela pandemia de SARS-CoV-2 a partir dos casos que resultaram na realização de AL durante o ano de 2020 no SAISS/HMIPV. Buscou-se identificar o perfil das mulheres e a caracterização das situações de VS, além de refletir e discutir sobre os fatores envolvidos na manutenção do atendimento neste serviço de referência e as possíveis interferências da pandemia no acesso ao mesmo.

2. SERVIÇO DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE SEXUAL (SAISS)

Porto Alegre iniciou a organização do atendimento às situações de VS e AL no ano de 1996, antes da publicação da 1ª Norma Técnica do MS, quando, através da promulgação da Lei nº 7781, foram estabelecidas as diretrizes para a organização de uma rede de hospitais que se tornariam a referência para o tratamento humanizado dos agravos resultantes da violência sexual.¹⁶ No ano seguinte, pelo Decreto nº 11784, foi regulamentado o Programa Municipal de Atendimento Integral às Vítimas de Violência Sexual.¹⁷ Diversos setores da sociedade trabalharam com a Secretaria Municipal de Saúde para iniciar a sistematização dos fluxos de atendimentos à violência sexual, com o uso de profilaxias de emergência após a exposição e a realização dos procedimentos de aborto decorrentes da VS.

O HMIPV entrou nesse rol de instituições de referência a partir de sua municipalização, que ocorreu em 2000. De acordo com a lei municipal e com a 1ª Norma Técnica (NT) de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes,¹⁸ o serviço previa a oferta de um atendimento humanizado às pessoas após exposição à violência sexual, garantindo os cuidados de saúde imediatos,

como o uso de profilaxias para combate de IST/HIV e contracepção de emergência, num período máximo de 72 horas após o evento da VS, organizando também o fluxo para a realização da ILG, quando solicitada, nos casos de gravidez decorrente da VS.¹⁹ Esse atendimento foi inicialmente vinculado ao ambulatório especializado em infecções sexualmente transmissíveis. No decorrer dos anos, os atendimentos a situações de violência sexual passaram a representar a grande maioria dos casos atendidos, o que trouxe uma nova configuração a este serviço. Novos profissionais foram agregados e foi criado um grupo de trabalho com o objetivo de estudar a dinâmica de atendimento oferecido e as dificuldades enfrentadas.

O SAISS foi criado no ano de 2012 e, com a ampliação da equipe multidisciplinar, tornou-se responsável pelo atendimento às situações de VS e avaliações de AL. Trata-se de um serviço inédito e pioneiro, pois atende em três grandes eixos: violência sexual, aborto legal e sexologia. No que se refere a VS, segue as diretrizes preconizadas pelo MS na Norma Técnica de Prevenção aos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes¹¹ e a Lei nº 12.845/13.²⁰ A equipe é constituída por profissionais das áreas: médica, enfermagem, psicologia e serviço social. Realiza atendimento a vítimas de VS, avaliações de AL, ginecologia geral e disfunções sexuais femininas. São realizados em torno de 1.200 atendimentos por ano, sendo aproximadamente 1/3 de violência sexual e seus agravos. No ano de 2020 foram atendidas 53 mulheres e meninas em busca da realização de aborto em decorrência de VS, das quais 37 realizaram o procedimento de ILG.

3. METODOLOGIA

Este é um estudo transversal e descritivo, no qual foram analisados todos os casos de mulheres que realizaram o aborto legal atendidos no ano de 2020. Trata-se de um levantamento do perfil destas mulheres a partir do banco de dados do próprio serviço. Dados complementares foram

buscados nos prontuários das respectivas pacientes. O N da amostra foi de 37 casos no período descrito. Os dados foram lançados numa planilha de Excel para posterior análise frequencial no SPSS versão 25. As variáveis foram apresentadas por meio de valores absolutos e relativos.

Os casos atendidos no SAISS do HMIPV iniciam o atendimento nos setores de Emergência pediátrica, Centro Obstétrico (24 horas) ou no Centro de Referência Infanto-juvenil (CRAI), onde é feita a abertura de prontuário, preenchimento do protocolo de violência sexual e a notificação (SI-NAN), prescrição da profilaxia para IST e anticoncepção de urgência quando indicado (72 horas), exames clínicos, testes rápidos e solicitação dos 1^{os} exames laboratoriais. As pacientes são encaminhadas com brevidade para seguimento no SAISS para avaliação e acompanhamento multiprofissional. Nos casos de gravidez decorrente da violência, realiza-se a ecografia no serviço para confirmação da idade gestacional. Os dados da história, sintomas psicológicos e/ou clínicos e informações relacionadas à paciente, à violência sofrida e a discussão das questões que envolvem a tomada de decisão sobre o aborto são registrados em prontuário. A equipe realiza reuniões quinzenais de rotina para discussão de casos, fluxos e protocolos e reuniões extraordinárias para análise de todos os casos de AL.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV sob o parecer nº 4.601.313.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Casos de aborto por violência sexual durante a pandemia

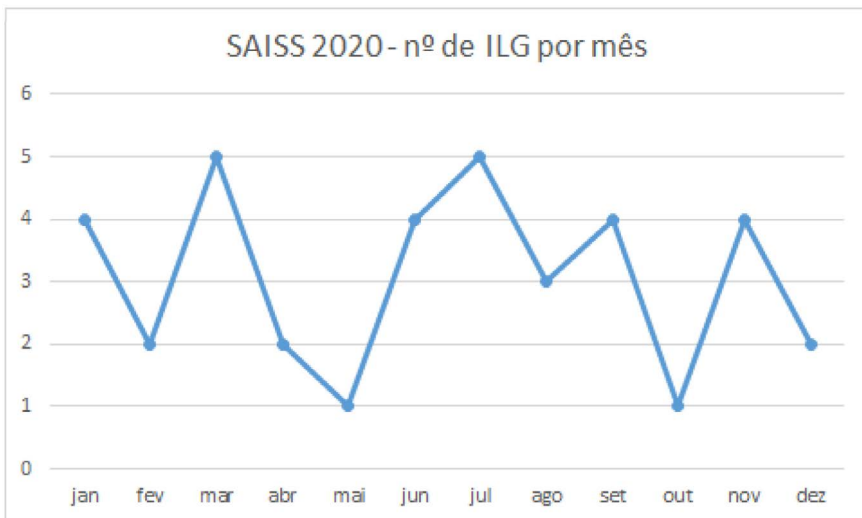
A pandemia SARS-CoV-2 intensificou as desigualdades de gênero, raça e classe social, aumentando os riscos para pessoas em situação de maior vulnerabilidade.²¹ No Brasil, um dos direitos sexuais mais ameaçados é o acesso ao abortamento de mulheres que engravidam após um estupro. Existem poucos serviços de referência no país, há muita falta de

informação sobre esse direito e as políticas públicas são precárias.²²

Apesar desse panorama, que já era limítrofe antes mesmo da pandemia, tanto nas dificuldades de acesso, quanto pelo deslocamento de longa distância e fechamento de serviços de atendimento na área da saúde sexual, o SAISS manteve o atendimento às vítimas de VS e AL de modo ininterrupto, entendendo tratar-se de serviço essencial e com respaldo institucional para tal. Outra questão relevante para a continuidade do serviço é que não houve surto de Covid entre membros da equipe que inviabilizasse o trabalho.

O gráfico 1 mostra o número de casos atendidos e sua distribuição durante a pandemia de 2020.

GRÁFICO 1. Número de Interrupções legais de gestações (ILG) decorrentes de violência sexual realizadas em 2020 no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas – Porto Alegre



Durante o ano de 2020 foram realizados 37 ILGs no HMIPV, número semelhante ao ano anterior. O que chama a atenção é que, desde 2014, percebia-se uma curva ascendente de procedimentos realizados, passando de 4 ao ano para 29 em 2018 e 36 em 2019. Diversos fatores podem

ser elencados como facilitadores no aumento progressivo do número de mulheres que acessaram o serviço nos anos anteriores à pandemia:

1. Parcerias/Intersetorialidade – a constante participação dos membros da equipe SAISS em eventos externos, para promoção do trabalho, com entidades parceiras (Secretarias municipais e estadual de Saúde, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO, Universidades com curso de graduação na área da saúde, organizações sociais e jurídicas do estado através de encontros, palestras, grupos de trabalho, discussões, entrevistas e vídeos de orientação tanto para profissionais de saúde, como para a sociedade, incluindo as mídias sociais);
2. A repercussão das atividades intersetoriais do Fórum Aborto Legal do RS, composto por representantes de diversas entidades governamentais e da sociedade civil, entre eles o SAISS/HMIPV, que há cinco anos vem realizando eventos anuais de discussão com os serviços de saúde e educação do estado e produzindo materiais informativos diversos;
3. Educação – a preocupação em manter um aprendizado contínuo entre profissionais da equipe, oferecer treinamento para estudantes e residentes através de estágios e parcerias estabelecidas com diferentes instituições, bem como a orientação e execução de pesquisas, trabalhos de conclusão de curso das residências médica e multiprofissional;
4. Equipe interdisciplinar – o engajamento dos membros da equipe com disponibilidade de enfrentar as dificuldades, mantendo o foco na qualidade e manutenção do serviço, com o rigor técnico que o tema exige e diálogo permanente entre o grupo, interconsultas, em prol do melhor atendimento das mulheres e com horários de reunião e discussão dos casos atendidos.

Embora os pilares acima descritos constituírem uma metodologia passível de ser replicada e terem colocado o SAISS numa curva ascendente de resultados nos últimos anos, eles não foram suficientes para evitar que a pandemia trouxesse uma nova perspectiva que acarretou uma mudança desse cenário. Durante o ano de 2020, o número de casos de AL não seguiu o mesmo fluxo, tampouco sua curva esperada de crescimento, e o perfil das mulheres atendidas mudou. Vieses visíveis e invisíveis tomaram corpo, obstaculizaram processos antes garantidos ou mais fluidos, um

retrocesso ora velado, ora não, sob a égide da urgência que se instalava atribuída à Covid-19, exigindo uma readequação do serviço.

4.2 Quem são as mulheres que acessaram o serviço durante a pandemia?

TABELA 1. Caracterização sociodemográfica das mulheres que realizaram aborto legal em decorrência de estupro no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas – Porto Alegre no ano de 2020

Variáveis	n=37
Idade (anos) – média ± DP	27,1 ± 7,0
Faixa etária – n(%)	
<14 anos	2 (5,4)
14 a <18 anos	2 (5,4)
≥18 anos	33 (89,2)
Raça/Cor - n(%)	
Branca	26 (70,3)
Preta	9 (24,3)
Parda	2 (5,4)
Procedência – n(%)	
POA	18 (48,6)
Região Metropolitana	6 (16,2)
Interior RS	13 (35,1)
Escolaridade – n(%)	
Fundamental incompleto	5 (13,5)
Fundamental completo	3 (8,1)
Ensino médio incompleto	3 (8,1)
Ensino médio completo	8 (21,6)
Superior incompleto	4 (10,8)
Superior completo	11 (29,7)

Não sabe informar	3 (8,1)
Ocupação – n(%)	
Estudante	5 (13,5)
Trabalho remunerado	22 (59,5)
Desempregada	4 (10,8)
Não sabe informar	6 (16,2)
Estado Civil – n(%)	
Solteira	29 (78,4)
Casada/União estável	4 (10,8)
Divorciada/Separada	4 (10,8)
Uso de métodos contraceptivos – n(%)	10 (27,0)
Quais métodos (n=10) – n(%)	
Anticoncepcional oral	3 (30,0)
Injetável	1 (10,0)
Sofreu aborto em gestação anterior – n(%)	8 (21,6)

*questão de múltipla resposta. DP: Desvio Padrão; IG: Idade Gestacional.

Na Tabela 1, o primeiro dado que chama a atenção é o baixo número de adolescentes (10,8%) que chegaram ao serviço durante a pandemia no ano de 2020. Cerqueira³ demonstrou que, de acordo com os dados informados pelo MS através do SINAN, 68% das situações de violência sexual referem-se a menores de 18 anos. Em pesquisa de âmbito nacional, Madeiro e Diniz²² constataram que os abortos legais em crianças e adolescentes representaram 38% dos casos. As dificuldades infringidas pelo confinamento e a pouca autonomia das meninas nessa faixa etária podem estar entre as causas da dificuldade de acesso ao serviço, sendo que a grande maioria foi de mulheres adultas, com idade média de 27,1 anos, idade superior ao que apontam diversos estudos no Brasil.^{23,24,25}

Mulheres pretas e pardas representaram 30% dessa amostra. No Brasil, as mulheres negras são mais vulneráveis à violência quando comparadas às brancas.³ Entre os anos de 2005 e 2015 houve um aumento

de 22% de homicídios de mulheres negras, enquanto entre as mulheres brancas esse percentual caiu 35%.²⁶ Durante o 1º semestre de 2020, as mulheres negras representaram 66,6% das vítimas de violência no Brasil.¹⁰ Cabe ressaltar que no RS a população é majoritariamente branca: 81,5%.²⁷ Então, mesmo que o número total de mulheres brancas do presente estudo tenha sido maior (70%), o índice de negras e pardas que acessaram o serviço para realizar o aborto após VS tem uma representatividade maior que a proporção esperada na população.

Em relação à procedência, quase metade das mulheres (48,6%) são moradoras da capital, 16,2% da região metropolitana e 35,1% de cidades do interior do estado. Cabe ressaltar que o RS tem 7 hospitais de referência cadastrados junto ao MS para realização do aborto legal, mas apenas dois localizam-se no interior do estado. As grandes distâncias a serem percorridas para o acesso ao serviço já foram apontadas por Madeiro e Diniz²² como um dos grandes obstáculos enfrentados pelas mulheres.

Outro aspecto importante demonstrado pela análise do perfil é referente ao número de mulheres com nível de escolaridade universitário (completo ou em curso), representando 37,8% entre aquelas que chegaram ao serviço. Por restrições da metodologia da pesquisa, com busca de dados nos prontuários das pacientes, informações relacionadas à renda não estavam disponíveis. Cerqueira³ apontou para um número maior de registros no SINAN de mulheres com nível médio de escolaridade, quando comparado à escolaridade média da população, o que nos faz pensar que o maior nível de escolaridade facilita a busca de informações, a gestão de cuidados e o acesso ao serviço.

A maioria (78,4%) declarou ser solteira, sendo que em 35% das situações tratava-se da 1ª gravidez, e 21,6% das mulheres relataram ter tido pelo menos um aborto anterior. Sobre a prevenção de gestações indesejadas, 27% relataram fazer uso de método contraceptivo nas relações consensuais, porém o recurso mais citado foi justamente o preservativo masculino, o que no caso da violência sexual agregou à vítima mais um fator de vulnerabilidade, visto que nesse contexto é incompatível esperar

tal ato (de cuidado) justamente por parte de um agressor. Outro dado que chama atenção é sobre a possibilidade de uma eventual falha de método hormonal ou pílula do dia seguinte. O segundo método mais citado foi anticoncepção oral e/ou injetável, mesmo tendo sido apenas 4 casos de 37 mulheres, esta informação pode ser somada ao fato de que um quinto das mulheres (21,6%) referiu ter feito o uso da pílula do dia seguinte até 72 horas após a exposição da violência. Destaca-se que ambas não foram suficientes para evitar a gestação.

4.3 A violência que envolve a gestação

TABELA 2. Caracterização da violência sexual dos casos de aborto legal realizados no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas – Porto Alegre no ano de 2020

Variáveis	n=37
Tipo de violência – n(%)	
Aguda – episódio único	30 (81,1)
Crônica – episódios repetidos	7 (18,9)
Fez BO – n(%)	11 (29,7)
Primeira relação sexual – n(%)	4 (10,8)
Utilizou pílula do dia seguinte – n(%)	8 (21,6)
Sim	
Não	28 (75,7)
Não informado	1 (2,7)
IST na 1ª consulta – n(%)	5 (13,5)
Conhece agressor – n(%)	19 (51,4)
Relação com o agressor – n(%)	
Pai/padrastro	1 (2,7)
Companheiro/namorado/ex-comp./ex-namo.	10 (27,0)
Desconhecido	16 (43,2)
Outro familiar	1 (2,7)
Agressor identificável	9 (24,3)

Número de autores da violência – n(%)	
Um	30 (81,1)
Dois	1 (2,7)
Não sabe informar	6 (16,2)
Constrangimento* – n(%)	
Força física	16 (43,2)
Ameaças	4 (10,8)
Arma de fogo/faca	2 (5,4)
Vítima sob efeito de álcool ou outra droga	14 (37,8)
Envolvimento emocional	2 (5,4)
Stealthing	2 (5,4)
Não sabe informar	1 (2,7)
Local da violência – n(%)	
Local privado	23 (62,2)
Local público	12 (32,4)
Carro do agressor	2 (5,4)
Outras violência prévias – n(%)	15 (40,5)
IG na chegada (semanas) – média ± DP	9,2 ± 3,7
Trimestre da IG na chegada – n(%)	
1º (<12 sem)	32 (86,5)
2º (12-22 sem)	5 (13,5)
IG na intervenção (semanas) – média ± DP	10,5 ± 3,8
Trimestre da IG na intervenção – n(%)	
1º (<12 sem)	30 (81,1)
2º (12-22 sem)	7 (18,9)
Como chegou – n(%)	
Internet	5 (13,5)
Prof. saúde/serviço de saúde	17 (45,9)
Amigos/outros	8 (21,6)
Já tinha a informação	2 (5,4)
Não sabia informar	5 (13,5)

*questão de múltipla resposta. DP: Desvio Padrão; IG: Idade Gestacional.

Na maioria dos casos (81,1%), a violência que acarretou a gravidez foi um episódio agudo (ocorrência única). No entanto, em 51,4% das situações as mulheres conheciam o agressor, sendo 27% parceiros e ex-parceiros e 24,4% agressores identificáveis (definidos como pessoas que a mulher sabe quem é, mesmo que não tenha convívio ou qualquer tipo de relação). Ao analisar estes dados (Tabela 2), verificou-se uma mudança nesse perfil: o aumento da faixa etária das mulheres atendidas, concomitante com o surgimento de casos onde o agressor era parceiro íntimo. Destacam-se dez casos em um ano nessa configuração, o que antes era raro. O questionamento que fazemos é se essas mulheres com histórico de violência doméstica e ou sexual até então não acessavam o serviço ou se isso é uma consequência do aumento de situações de violência sexual no âmbito doméstico? De acordo com Pimentel e Martins,⁸ o aumento do tempo de convívio em casa e a sobrecarga do trabalho doméstico, bem como a proximidade com os familiares e a ampliação da manipulação física e psicológica do agressor sobre a vítima, podem ser fatores que contribuíram para o surgimento de conflitos ou para a intensificação de violências prévias. Além disso, outras variáveis podem estar associadas a este fato: a maior visibilidade do tema, com campanhas que legitimam essas mulheres a buscar serviços de saúde e, ainda, a manutenção do funcionamento do serviço em questão.

De acordo com Bueno e Sobral,¹⁰ 70,5% dos casos registrados de estupro no Brasil foram de estupros de vulnerável. Segundo as autoras, 85,7% das vítimas são mulheres e o auge da vitimização se dá aos 13 anos. A redução de mulheres mais jovens na amostra estudada é um fato que chama a atenção, pois durante a pandemia, meninas e adolescentes deixaram de frequentar “espaços seguros, possíveis de denúncia” como a escola e projetos sociais, que antes permitiam a revelação das situações intrafamiliares, dando mais visibilidade ao contexto vulnerável em que estavam inseridas.

Pela Lei nº 12.015/09,²⁸ o estupro de vulnerável caracteriza não somente os casos que envolvem menores de 14 anos, independente do seu consentimento, mas também todas aquelas que por alguma condição não puderam resistir ao ato. Nesse aspecto, os dados de nosso estudo são impactantes, com 37,8% dos casos atendidos de mulheres estupradas mediante sedação.

No que tange às demais formas de constrangimento, a força física foi a estratégia mais utilizada pelos agressores (43,2%), havendo também a intimidação por ameaças (10,8%), uso de armas de fogo/faca (5,4%), e *stealthing* (5,4%). O agressor utiliza métodos diversos para atingir o objetivo que ignora e ou transgride a ideia de consentimento, alicerçada pelo poder hegemônico de um patriarcado do masculinismo e da impunidade vigente.¹² Pode-se pensar que, além do constrangimento e vergonha referido pelas mulheres, esse contexto inibe a realização da denúncia e/ou busca pelo serviço de saúde após um estupro. Em nossa amostra, apenas 29,7% realizaram Boletim de Ocorrência Policial (BOP). A pergunta que fica é sobre o quanto isso poderia ser evitado (ou amenizado) com educação sexual como fator de prevenção/proteção?²⁹

O local em que ocorreu a violência foi, em 67,6% dos casos, um lugar privado – definido aqui como local de moradia da vítima ou do agressor. Além disso, foi citado o carro do agressor em 5,4% dos casos, que também pode ser entendido como um espaço de extensão do seu domínio. Restam ainda 32,4% das situações que ocorreram em local público, um número ainda expressivo, considerando o perfil das vítimas e o contexto de confinamento domiciliar decorrente da pandemia. Segundo Cerqueira,³ quando o agressor é uma pessoa da relação da vítima, em 78% dos casos a violência ocorre em local privado, sendo que os demais casos ocorrem mais comumente em locais públicos.

Outro dado importante, foi o relato da ocorrência de situações de violências anteriores na história dessas mulheres (40,5%). Esse número pode ser ainda maior, pois este não é um item que faz parte dos dados

coletados no protocolo do serviço e foi registrado nos prontuários a partir de relatos espontâneos durante os atendimentos. Isso nos faz refletir sobre uma maior vulnerabilidade de meninas e mulheres que são expostas a diversas formas de violência durante a vida. De acordo com o Fórum Econômico Mundial,³⁰ o Brasil está entre os piores países do mundo para se nascer mulher, apontando, entre outras, questões como casamento e gravidez precoce como fatores de risco.

Quanto ao tempo que as mulheres levaram para chegar ao serviço, percebemos que a IG foi menor de 12 semanas em 86,5% dos casos. Ao iniciar o procedimento do AL, 81,1% ainda estavam no primeiro trimestre gestacional. No SAISS, a avaliação do caso, os cuidados integrais em saúde, bem como a organização dos documentos necessários para o AL, são realizados pela equipe multidisciplinar. O procedimento, no entanto, é realizado no Centro Obstétrico, pela equipe de plantão, seguindo as diretrizes preconizadas pelo MS¹¹ e pela FIGO.^{31,32} No fluxo do serviço, tanto os atendimentos da equipe multiprofissional, quanto os exames necessários, são agendados com brevidade, sendo que o tempo total do processo deve ser concluído no máximo em 7 dias. Salienta-se a importância da pronta resolatividade, que oferece menor risco em termos de procedimento.²⁹

Sobre as rotas de chegada, temos 45,9% das mulheres encaminhadas por um profissional ou serviço de saúde, destacando o trabalho de rede que vem sendo construído durante os últimos anos. O acesso à informação sobre o direito através de um amigo(a)/conhecido(a) foi de 21,6% e via internet de 13,5%. Em contrapartida, destaca-se que apenas 5,4% já sabiam previamente do direito ao AL, apesar do elevado nível de escolaridade das mulheres atendidas: 67,5% com ensino médio completo e/ou superior (em andamento ou completo). Isso aponta para a necessidade de uma maior discussão sobre o tema e da permanente divulgação das informações sobre o direito ao aborto, além da implementação de ações e políticas voltadas para a educação sexual, não só nas escolas, mas em todos os níveis educacionais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu uma reflexão sobre as dificuldades enfrentadas pelas mulheres que sofrem violências e sobre as barreiras de acesso aos serviços de referência, intensificados durante o ano de 2020. A pandemia trouxe à tona um cenário árido em relação ao exercício de direitos pelas mulheres, em especial à saúde sexual e reprodutiva. No Brasil, tivemos o descortinamento de um posicionamento conservador do atual governo em relação aos direitos das mulheres, com tentativas de retrocesso, o que atinge diretamente o direito ao AL. Vislumbram-se governantes pouco comprometidos com as políticas públicas e pouco sensíveis aos agravos que decorrem de tão grave crise sanitária. A parcela da população mais atingida é a mais vulnerável: meninas mais jovens e mulheres com menos escolaridade. Em contrapartida, observamos que as mulheres adultas, com maior grau de escolaridade e, possivelmente, com mais acesso à informação, tiveram mais condições de buscar seu direito. Porém, o confinamento gerado pela pandemia agravou a violência doméstica, a tal ponto que os números de atendimentos citados no presente estudo refletem essa realidade: mais casos de gravidez decorrente de estupros ocorridos nas relações ditas afetivas.

Diante do perfil apresentado e das consequências da pandemia do SARS-CoV-2, é necessário seguirmos trabalhando na garantia da manutenção dos direitos sexuais e reprodutivos, incluindo o aborto em situação de violência. Ampliação do atendimento e implantação de novas tecnologias são fundamentais para facilitar o acesso aos serviços. O atendimento em teleconsultas, a replicação de boas práticas baseadas em evidências, a sensibilização dos novos profissionais e a articulação de rede são importantes estratégias para avançar nesse processo.

REFERÊNCIAS

1. PERUZZO, P.P.; TANCREDO, I.G. Você sabe o que é “Stealthing”? **Justificando**: Mentas inquietas pensam direito. 06 nov. 2018. Disponível em: <https://www.justificando.com/2018/11/06/voce-sabe-o-que-e-stealthing/>. Acesso em: 21 mai. 2021.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Violencia contra las mujeres y las niñas**: La recopilación de datos en el contexto del COVID-19. ONU Mujeres. 17 abr. 2020: 1-5. Disponível em: <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/brief-violence-against-women-and-girls-data-collection-during-covid-19-es.pdf?la=es&vs=3720>. Acesso em: 30 mar. 2021.
3. CERQUEIRA, D.; LIMA, R.S.; BUENO, S.; NEME, C.; FERREIRA, H.; COELHO D. et al. **Atlas da violência 2018**. IPEA e FBSP. Jun. 2018: 1-92. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf. Acesso em: 30 mar. 2021.
4. CERQUEIRA, D.; COELHO, D.S.C. **Estupro no Brasil**: uma radiografia segundo os dados da saúde (versão preliminar). IPEA. Mar. 2014. Nota Técnica No. 11: 1-30. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5780/1/NT_n11_Estupro-Brasil-radiografia_Diest_2014-mar.pdf. Acesso em: 30 mar. 2021.
5. 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. 28 ago. 2020. Ed 166. Seç 1: 359. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>. Acesso em: 30 mar. 2021.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2561**, 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. 24 set. 2020. Ed 184. Seç 1: 89. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-23-de-setembro-de-2020-279185796>. Acesso em: 30 mar. 2021.

7. HALL, K.S.; SAMARI, G.; GARBERS, S.; CASEY, S.; DIALLO, D.D.; ORCUTT, M. *et al.* Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response. **The Lancet**. 11 abr. 2020; 395(10231): 1175-1177. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30801-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30801-1). Acesso em: 21 mai. 2021.
8. PIMENTEL, A.; MARTINS, J. O Impacto da Pandemia na Violência de Gênero no Brasil. In: **Fórum Brasileiro de Segurança Pública**. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. 2020, ano 14: 38-42. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021.
9. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. COVID-19 e a violência contra a mulher: O que o setor/sistema de saúde pode fazer. 26 mar. 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52016/OPASBRACOV1920042_por.pdf. Acesso em: 30 mar. 2021.
10. BUENO, S.; SOBRAL, I. Um estupro a cada 8 minutos. In: **Fórum Brasileiro de Segurança Pública**. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. 2020, ano 14:132-138. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021.
11. 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**. 2012; Ed 3 ampliada: 1-126. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 30 mar. 2021.
12. REIS, A.P.; GÓES, E.F.; PILECCO, F.B.; ALMEIDA, M.C.C.; DIELE-VIEGAS, L.M.; MENEZES, G.M.S. *et al.* Desigualdades de gênero e raça na pandemia de COVID-19: implicações para o controle no Brasil. **Saúde em Debate**. 18 dez. 2020; preprint: 4-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E423>. Acesso em: 30 mar. 2021.
13. BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.931**, de 10 de dezembro de 2019. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Secretaria-Geral. 10 dez. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13931.htm. Acesso em: 30 mar. 2021.

14. BRASIL. Ministério Público Federal. **Recomendação nº 42/2020**. Procuradoria da República - Rio Grande do Sul. 03 set. 2020. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/rs/atos-e-publicacoes/rec/porto-alegre/recomendacao-no42-2020/view>. Acesso em: 21 mai. 2021.
15. ROSAS, C.F.; PARO, H.B.M.S. Serviço de atenção ao aborto previsto em lei: desafios e agenda no Brasil. **CFEMEA**. 01 mar. 2021: 18. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/index.php/artigos-e-textos/4888-servico-de-atencao-ao-aborto-previsto-em-lei-desafios-e-agenda-no-brasil>. Acesso em: 23 mai. 2021.
16. PREFEITURA DE PORTO ALEGRE. **Lei municipal nº 7781/1996**. Dispõe sobre o atendimento em hospitais pertencentes ou conveniados ao SUS no município de Porto Alegre, nos casos de aborto previstos na legislação penal brasileira e dá outras providências. Sistema Integrado de Referência Legislativa. 18 abr. 1996. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?u=/netahtml/sirel/avancada.html&p=21&r=406&f=G&d=ATOS&l=20&n=-DATA&s1=&s2=&s3=&s4=@data%3E=19960101+%3C=19961231&s5=&s6=>. Acesso em: 30 mar. 2021.
17. PREFEITURA DE PORTO ALEGRE. **Decreto municipal nº 11784/1997**. Regulamenta a Lei nº 7781, de 15 de abril de 1996, e estabelece outras providências necessárias para a instituição do Programa de Assistência às Mulheres Vítimas de Abuso Sexual. Sistema Integrado de Referência Legislativa. 20 de Agosto de 1997. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000012181.DOCN.&l=20&u=/netahtml/sirel/simples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT>. Acesso em: 30 mar. 2021.
18. 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]. Ed 1. Brasília (DF): MS; 1999.
19. WARTCHOW, E.S. (org.). **Manual de Atendimento às Mulheres, crianças e adolescentes vítimas de violência**. Secretaria da saúde. Pref. Porto Alegre. 2003; 1:60.

20. BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.845**, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Casa Civil. 1º ago. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em: 30 mar. 2021.
21. ESTRELA, F.M.; SOARES, C.F.S.; CRUZ, M.A.; SILVA, A.F.; SANTOS, J. R.L.; MOREIRA, T.M.O. *et al.* Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. **Ciênc. saúde coletiva**. Set. 2020; 25(9): 3431-3436. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903431&lng=en. Acesso em: 17 mai. 2021.
22. MADEIRO, A.P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciênc. saúde coletiva**. Fev. 2016; 21/2:563-572. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>. Acesso em: 30 mar. 2021.
23. FAÚNDES, A.; BARZELATTO, J. **O drama do aborto**: em busca de um consenso. Campinas: Komedi, 2004.
24. MADI, S.R.C.; KNOB, L.F.; LORENCETTI, J.; MARCON, N.O.; MADI, J.M. Violência sexual: experiência do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PRAVIVIS), do Hospital Geral de Caxias do Sul, RS, Brasil. **Ver. AMRIGS**. 2010; 54(1):13-8.
25. PEDROSO, D. **Estudo de Fatores Relacionados ao Abortamento Previsto em Lei em Situações de Violência Sexual** [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Programa de Saúde Materno-Infantil, Universidade de Santo Amaro, 2010.
26. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Atlas da violência 2017**. 05 jun. 2017. Disponível em: http://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/atlas-da-violencia-2017/. Acesso em: 30 mar. 2021.
27. IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amstras de Domicílio Contínua**. 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?=&t=downloads>. Acesso em: 30 mar. 2021.

28. BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.015**, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Casa Civil. 07 ago. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/12015.htm. Acesso em: 30 mar. 2021.
29. FURLANI, J. **Educação sexual na sala de aula: relações de gênero, orientação sexual e igualdade étnico-racial numa proposta de respeito às diferenças**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.
30. FÓRUM ECONÔMICO MUNDIAL. The 10 best countries to be a woman. 18 dez. 2018. Disponível em: https://www.weforum.org/agenda/2018/12/10-best-countries-to-be-a-woman-gender-gap-report-2018?utm_source=meio&utm_medium=email. Acesso em: 30 mar. 2021.
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medical management of abortion**. Geneva; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
32. MORRIS, J.L.; WINIKOFF, B.; DABASH, R.; WEEKS, A.; FAUNDES, A.; GEMZELL-DANIELSSON, K. et al. FIGO's updated recommendations for mifepristone used alone in gynecology and obstetrics. *Int J Gynecol Obstet*. 23 jun. 2017; 138: 363–366. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.12181>. Acesso em: 21 mai. 2021.

GRAVIDEZ EM DECORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA E ABORTO PREVISTO EM LEI DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR/EBSERH: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rosires Pereira de Andrade^a

Maria Cristina Dias de Lima^b

Juarez Medeiros^c

RESUMO: A pandemia da Covid-19 impôs novas dinâmicas de vida pública e privada no mundo todo. No Brasil, neste contexto pandêmico oportunizaram-se ações políticas públicas no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e meninas, principalmente no que tange ao aborto previsto em lei, direito garantido desde a década de 1940 em casos

-
- a Médico Ginecologista e Obstetra, Professor Titular de Reprodução Humana da UFPR, membro da Comissão Nacional Especializada de Violência Sexual e Interrupção de Gravidez da FEBRASGO e Gerente de Ensino e Pesquisa do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR/EBSERH.
- b Assistente Social da Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR/EBSERH.
- c Psicólogo da Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR/EBSERH.

de gestação oriunda de estupro. Todavia, embora a grave ameaça aos direitos em curso, esse artigo apresenta um exemplo positivo de atendimento às mulheres e meninas violentadas sexualmente que buscam pelo aborto legal e possuem seu direito garantido, mesmo na pandemia.

PALAVRAS-CHAVE: Delitos Sexuais; Violência Contra a Mulher; Aborto Legal

I. INTRODUÇÃO

Não bastasse o contexto da pandemia da Covid-19 que assola o mundo, uma onda de conservadorismo avançou mundialmente, inclusive no Brasil. A agenda do presidente eleito, desde sua campanha eleitoral, deixava claro o tamanho do retrocesso que vinha a caminho. A consolidação de direitos garantidos há décadas foi abertamente ameaçada, utilizando-se da bandeira “família e bons costumes”, comprometendo a laicidade do Estado brasileiro. Muito se tem a apontar negativamente quanto aos retrocessos vivenciados, porém, o foco deste relato refere-se a ataques aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, ocorridos durante a pandemia da Covid-19.

Em 27 de agosto de 2020, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 2.282,¹ que altera a dinâmica de atendimento na saúde no que diz respeito ao abortamento legal em vítimas de estupro.

Dentre as justificativas para a portaria, estaria a necessidade de “disciplinar as medidas assecuratórias da licitude do procedimento de interrupção da gravidez nos casos previstos em lei quando realizados no âmbito do SUS” (BRASIL, 2020).

A Portaria nº 2.282 impôs condutas totalmente antiéticas aos profissionais da saúde, visivelmente com o objetivo de coibir o acesso ao procedimento de aborto legal, entre elas: denúncia à autoridade policial e oferta de visualização do feto no momento da realização do exame de

ultrassonografia. Ficou evidente a desvalorização pelo momento de sofrimento vivenciado. A referida legislação foi revogada por meio da Portaria MS/GM nº 2.561,² de 23 de setembro de 2020, contudo sem grandes alterações, embora uma delas tenha sido importante por retirar a oferta da visualização do feto. Faz-se necessário lembrar que a referida portaria traz, em seu teor, aspectos da Lei nº 13.718/18,³ que tornou o estupro um crime de ação penal pública incondicionada, ou seja, a investigação é independente do desejo da mulher, como já ocorre nas situações de menores de 18 anos. A referida legislação traz em seu teor a obrigatoriedade de o profissional de saúde comunicar os casos de violência sexual à autoridade policial num prazo de 24 horas.

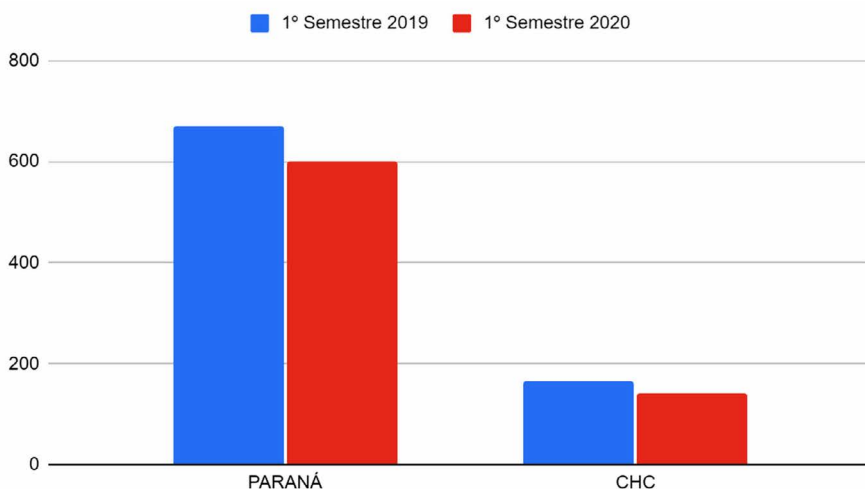
Que triste surpresa tal ataque em um cenário conturbado e estressante, quando os esforços do Estado brasileiro deveriam ter outro foco, no caso a pandemia pelo coronavírus. Para os profissionais eticamente incumbidos em viabilizar um direito garantido desde 1940 pelo Código Penal Brasileiro,⁴ foi um grande golpe. Já para aqueles profissionais que insistem em atuar baseados em seus preceitos pessoais, foi uma oportunidade para iniciarem um movimento, embora tímido, de grande prejuízo às mulheres e meninas que buscam pelos serviços, muitos dos quais fecharam as portas e, porque não dizer, os olhos para a violência sexual vivenciada por tal segmento, justificando questões sanitárias.

No Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – CHC/UFPR não se cogitou em nenhum momento a interrupção do atendimento durante a pandemia. O hospital presta atendimento a crianças/adolescentes acima de 12 anos completos, mulheres e homens. Para estes, é o único serviço prestado no município. O serviço funciona 24 horas por dia, desde 1998.⁵ Tal postura revela a compreensão, empatia institucional e dos profissionais, a respeito do que vem sendo debatido incansavelmente nos últimos tempos sobre a temática das violências, concretizados no atendimento das vítimas no serviço de violência sexual, cotidianamente.

Estatísticas policiais e de saúde consolidam tal realidade. O Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2020⁶ demonstrou queda nos casos de

violência sexual no primeiro semestre, comparado com 2019, por Unidades da Federação, observando, porém, possíveis razões para essa redução, tais como a subnotificação por questões sanitárias ou a redução da circulação de pessoas. No Paraná, em números absolutos, também o total de estupros apresentou uma queda, bem como no CHC/UFPR, conforme observa-se no gráfico 1 a seguir:

GRÁFICO 1. Atendimento de violência sexual - 1º Semestre de 2019 e 2020



Fonte: Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020. Serviço Social da Maternidade CHC/UFPR.

Todavia, embora os números preliminares demonstrem uma queda nos casos, o Anuário traz também a atualização de um estupro a cada 8 minutos, de acordo com dados de 2019, diferente da edição de 2015 em que se contabilizava um estupro a cada 11 minutos.

Com tamanha evidência, como fechar as portas para o atendimento de saúde dos casos de violência sexual? Tal possibilidade não seria também a expressão clara da compreensão errônea sobre violência sexual e a necessidade de tratar essa enquanto política de saúde pública? Quantos conceitos intrínsecos podem-se vislumbrar na postura de algumas instituições, que fecharam as portas literalmente para essa situação?

2. ABORTO PREVISTO EM LEI E A ATUAÇÃO DO SERVIÇO DE VIOLÊNCIA SEXUAL DO CHC/UFPR DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

A procura pelo acesso ao direito do aborto legal vem aumentando significativamente na maternidade do CHC/UFPR, onde acontece o atendimento. As vítimas de violência e seus representantes legais, ao falarem de como teriam chegado até o serviço, basicamente focam na “consciência sobre o seu direito”. A partir daí buscas na web ou encaminhamentos por serviços de saúde fornecem a informação sobre onde acessar o atendimento, direito garantido há 80 anos.

A violência contra a mulher evidencia uma grave expressão de desigualdade nas relações sociais entre homens e mulheres. Histórica e tradicionalmente, vivemos os papéis sociais com diferenças, em que aos homens é outorgado um poder, com uma certa autorização para o uso de formas violentas para alcançar e satisfazer seus objetivos de decisão, subjugando as mulheres, o que as leva a viverem situações frequentes até de culpa por terem sido violentadas, quando indubitavelmente foram vítimas. E, não raramente, “não se sente vítima de violência”. A culpa carregada por ter sofrido a violência ainda está muito concretizada no imaginário das mulheres, o que representa ainda a presença substancial do pensamento patriarcal na sociedade.

Cotidianamente a sociedade impõe barreiras, pois existem ideias construídas sobre a mulher ou também sobre suas relações, perante a família e a sociedade. E assim pensamos que denunciar esse crime é ameaçar essas “conservas culturais”. Entendemos que os profissionais de saúde também estão inseridos neste contexto. São homens e mulheres que se originam de comunidades à mercê da violência cotidiana. Portanto, entendemos que aqueles que atuam nos serviços de referência para a interrupção de gravidez necessitam de posicionamento profissional muito comprometido com a ética, e com as legislações que se dispõem acerca dos direitos dos indivíduos, prestando o atendimento de saúde preconizado

por protocolos estabelecidos e legislações vigentes.

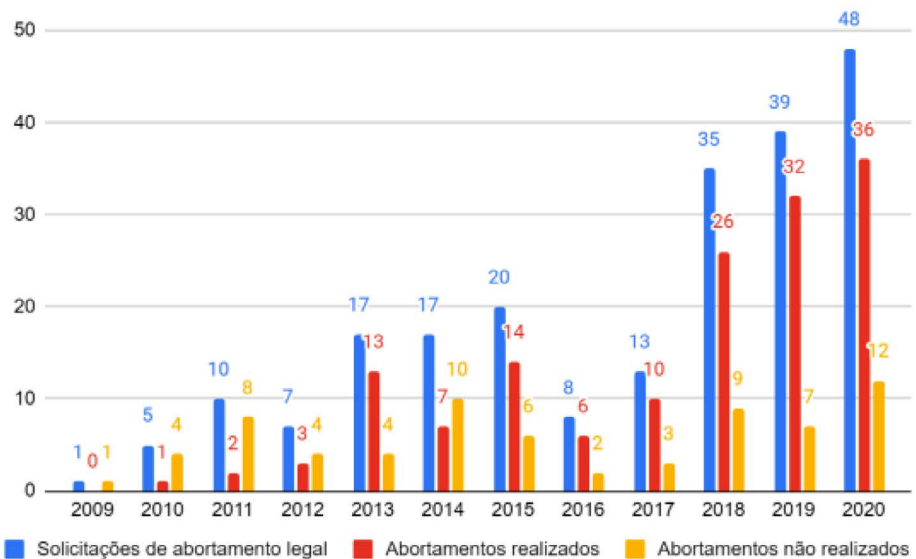
A Portaria MS/GM nº 2.561, de 23 de setembro de 2020, publicada pelo Ministério da Saúde em meio à pandemia da Covid-19, que revoga a nº 2.282, além da imposição do retrocesso, em total desacordo com o Código Penal Brasileiro, traz em seu bojo muitas questões, primordialmente o posicionamento político da gestão maior com relação às mulheres e os seus direitos. Fica claro que tal retrocesso demonstra na verdade a cultura do patriarcado e desconsidera a forte luta dos movimentos sociais e redes organizadas em prol da garantia de direitos das mulheres. Publicar então uma polêmica portaria em meio ao caos talvez seja objetivar que passe despercebida. Não se faz necessário traduzir, mas é importante frisar que, em resumo, há um desrespeito institucional para com toda a sociedade, em especial com as mulheres.

Em contrapartida, imediatamente houve grandes movimentos contrários à manutenção e aplicabilidade de tal portaria, subsidiando consubstancialmente os serviços a manterem suas rotinas habituais de atendimento. O NUDEM – Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher – Defensoria Pública do Estado do Paraná e Defensoria Pública da União, com relação à Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020, emitiu a recomendação nº 02/2020 ao Governo do Estado do Paraná e Serviços de Referência para posicionamento a respeito de suas rotinas, tendo em vista o contexto da nova legislação. Anexo à recomendação, o Ofício nº 103/2020 da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, direcionado ao Ministério da Saúde, solicitou posicionamento, explanando suas preocupações a respeito das alterações na legislação, que ferem o compêndio de direitos das mulheres na perspectiva da violência sexual. Como desdobramento, o Governo do Estado do Paraná, por meio da Secretaria de Saúde – SESA/PR, emitiu a Nota Técnica nº 11/2020, orientando as instituições e profissionais a garantirem as rotinas já estabelecidas de atendimento às pessoas em situação de violência sexual. Embora toda essa movimentação tenha resultado, até o momento, na garantia do atendimento principalmente junto aos serviços

que intencionaram alterar suas dinâmicas, o acesso aos direitos das mulheres e meninas ainda não está totalmente consolidado, tendo em vista o processo em curso da regulamentação da Lei nº 13.931/2019, a qual consiste em denunciar à polícia, compulsoriamente, indícios ou confirmação de violência contra a mulher, atendida em instituições de saúde públicas ou privadas. Importante pontuar que também os Conselhos de Classe Profissionais se manifestaram a respeito. Então, mesmo em meio ao caos, conseguiu-se manter o atendimento à saúde das mulheres e meninas.

No CHC/UFPR, no que diz respeito ao acesso à interrupção de gravidez, em 2020 houve um aumento na procura pelo procedimento, o que vem ocorrendo gradativamente, ano após ano, conforme demonstrado no gráfico 2 a seguir:

GRÁFICO 2. Solicitação de aborto previsto em lei por crime de estupro



Fonte: Serviço Social da Maternidade CHC/UFPR.

Com relação aos abortos solicitados, porém não realizados, identificam-se os seguintes motivos:

- Desistência pela realização do procedimento durante o trâmite do atendimento;
- Negativa para realização do procedimento, que normalmente ocorre por idade gestacional incompatível com a data da violência ou devido a idade gestacional avançada;
- Evolução para aborto espontâneo.

As desistências pela realização do procedimento também demonstram a importância do acolhimento às mulheres e adolescentes, para que essas sintam-se seguras de decidir da melhor forma o que melhor lhes convém, distanciando-se do imaginário do senso comum quanto à banalização do aborto. Sempre são orientadas quanto à legalidade do procedimento, acolhendo suas respectivas histórias e informando todas as possibilidades existentes.

Quanto à faixa etária relativa às solicitações, o número de adolescentes não se destaca quantitativamente perante as mulheres adultas. Vale ressaltar que o CHC/UFPR atende meninas acima de 12 anos completos, abaixo dessa idade, são atendidas pelo Hospital Infantil Pequeno Príncipe. Há outra instituição de saúde no município que atende pontualmente meninas e mulheres acima de 12 anos completos, porém não realiza o procedimento de aborto legal.

Com o passar do tempo, o atendimento para o aborto legal foi se consolidando e evoluindo. Para facilitar a logística e o comprometimento com o trabalho, foram oficializados, por portaria interna, titulares e suplentes de toda equipe multiprofissional, o que se tornou de suma importância para agregar demais profissionais, evitando a demora nos trâmites do processo. Como o atendimento ocorre 24 horas por dia, as mulheres e adolescentes são acolhidas e inicia-se o atendimento conforme fluxo institucional.

Apesar da garantia da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) para a interrupção legal da gravidez, muitas mulheres demoram na procura por esse procedimento. Entendemos que é um momento difícil na vida das mulheres e que vários fatores contribuem nessa tomada de decisão, desde a falta de informação das pacientes ou dos profissionais que as atendem, até dinâmicas emocionais afetadas por valores morais, culturais e religiosos, que podem inibir uma educação comprometida com a saúde da sexualidade. Porém, profissionais capacitados nesse atendimento, além de serviços comprometidos com a defesa dos direitos e aplicação adequada da legislação, podem acolher com eficiência e eficácia a demanda dessas pacientes.⁷

3. AS QUESTÕES PSICOLÓGICAS ENVOLVIDAS

A gravidez decorrente de violência sexual destaca-se pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que determina.⁹

Na vida dessa mulher envolvida existem situações que podem registrar memórias traumáticas influenciadoras: a violência sexual que resultou na gravidez, a própria interrupção da gravidez, assim como a gestação, indesejada ou forçada, entendida por muitas mulheres como mais uma violência.¹⁰ Dessa maneira, oferecemos o acompanhamento psicológico após o procedimento.

Em nossa prática, observamos “dinâmicas emocionais positivas” reativas ao aborto induzido legalmente. É claro que problemas emocionais resultantes da situação do aborto podem aparecer, até porque essas reações advêm de muitos fatores, inclusive da própria personalidade da paciente. É interessante observarmos o relato das pacientes, que descrevem o aborto “como um alívio”. Numa pesquisa¹² em que foram analisados acompanhamentos pós-aborto, as mulheres relatam que a experiência possibilitou também uma forma de “assumir responsabilidades, um crescimento”. Aquelas sem qualquer sofrimento emocional pós-aborto

afirmaram claramente, antes do aborto, que não queriam dar à luz, pois priorizavam o trabalho, os estudos e/ou os filhos existentes. O estudo mostra que as mulheres geralmente são capazes de tomar a complexa decisão de fazer um aborto sem sofrer nenhum arrependimento subsequente ou efeitos negativos, conforme verificado no acompanhamento de um ano.

Sobre os efeitos de uma gravidez indesejada, estudos têm comparado os problemas emocionais que resultam do aborto com aqueles que surgem após o parto de uma gravidez indesejada, e encontraram dados mostrando que os problemas emocionais que resultam do aborto são raros e menos frequentes do que aqueles que surgem após o parto de uma gravidez indesejada.^{11,12}

A Organização Mundial da Saúde preconiza que se amplie o acesso das mulheres a serviços de saúde que realizem o aborto de forma segura e humanizada, promovendo o fortalecimento dos serviços de saúde e das políticas públicas sobre o aborto, tendo como base os direitos humanos das mulheres e as necessidades e evidências sanitárias, dentro de um entendimento rigoroso do contexto social, cultural, político e econômico de cada país.⁸

Dessa forma, alguns aspectos desse atendimento se tornam fundamentais. Em nossa instituição, alguns ambulatórios continuaram seus atendimentos de forma presencial, respeitando os protocolos sanitários estabelecidos. E dentre eles, o que atende vítimas de violência sexual.

Entendemos que esse atendimento presencial será um facilitador para que a mulher tenha o seu tempo de construir uma relação de confiança e segurança com os profissionais. Isto é fundamental, pois observamos que as mulheres vivem um paradoxo: ao mesmo tempo que se sentem precisando do atendimento, também mantêm sentimentos que dificultam sua adesão a esse acompanhamento. O hospital acaba se tornando um “evento estressor”, que remete constantemente à violência sofrida. E essa divisão pode causar uma que pode levar ao abandono do atendimento.¹ Esse vínculo que a paciente desenvolve com a instituição possibilita um maior

“suporte social”, o qual entendemos como um fator capaz de proteger e promover a saúde, gerando efeitos benéficos para a saúde tanto física como mental, guardando uma estreita relação com o seu bem-estar.¹

Acolher e respeitar o direito de escolha dessas mulheres é fundamental para darmos continuidade ao nosso atendimento, que visa, única e exclusivamente, ao bem-estar das mulheres, com as menores repercussões negativas possíveis decorrentes da violência sexual.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. **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] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 ago. 2020. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2282_28_08_2020.html. Acesso em: 05 fev. 2021.
2. BRASIL. **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] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 set. 2020. Seção 1, p. 89. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-23-de-setembro-de-2020-279185796>. Acesso em: 05 fev. 2021.
3. BRASIL. **Lei nº 13.718**, de 24 de setembro de 2018. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 set. 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13718.htm. Acesso em: 05 fev. 2021.

4. BRASIL. **Decreto-Lei nº 2848**, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decrei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 12 fev. 2021.
5. ANDRADE, R.P. **Violência sexual contra as mulheres** – Aspectos médicos, psicológicos, sociais e legais do atendimento. 2ª ed. Curitiba: Imprensa da UFPR; 2019, 227 p.
6. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. 2015. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/>. Acesso em 15 fev. 2021.
7. BLAKE, M.T.; DREZETT, J.; MACHI, G.S.; PEREIRA, V.X.; RAIMUNDO, R. D.; OLIVEIRA, F.R. *et al.* Factors associated with the delay in seeking legal abortion. **Int Arch Med** 2015; 8:1-14.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Reproductive Health and Research. **Safe abortion: technical and policy guidance for health systems**. 2nd ed. Uruguay: World Health Organization; 2012. 134 p.
9. FAÚNDES, A.; BEDONE, A.; PINTO E SILVA J.L. I Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto na lei. **Feminina**; Vol. 25, 1999, p. 1-8.
10. FAÚNDES, A.; BARZELATTO, J. **O drama do aborto: em busca de um consenso**. Campinas: Komedi, 2004, p. 304.
11. KERO, A.; HOGBERG, U.; LALOS, A. Wellbeing and mental growth: long-term effects of legal abortion. **Social Science & Medicine**; Vol. 58. 2004, p. 2229-69.
12. ADLER, N. University of California at San Francisco. Statement on Behalf of the American Psychological Association Before the Human Resources and Intergovernmental Relations Subcommittee of the Committee on Governmental Operations. US House of Representatives; p.130-40, 1989.

VIOLÊNCIA SEXUAL E ABORTO LEGAL: DIREITOS NEGLIGENCIADOS E DISCREPÂNCIAS EM TEMPOS DE COVID-19

Ketlyn Stefhane Ferreira da Silva*

Luciana Alves de Oliveira†

INSTITUIÇÃO NA QUAL O TRABALHO FOI REALIZADO:

Universidade Federal de Goiás (UFG).

RESUMO: A pandemia pela Covid-19 intensificou vulnerabilidades e problemas de desigualdades socioeconômicas, étnicas e de gênero em diversos cenários, inclusive no que permeia aborto. Nossa narrativa teve como objetivos discorrer sobre o acesso às informações relacionadas ao aborto legal em sites de instituições cadastradas para realizá-lo e estimular reflexões sobre a demanda por ele em tempos de pandemia. Fizemos um percurso virtual em busca de dados estatísticos sobre a violência sexual/estupro e aborto legal registrados em 2020. Consultamos sites referentes a segurança pública e rede de atendimento à saúde em Goiás. Também

* Universidade Federal de Goiás (UFG).

† Universidade Federal de Goiás (UFG).

utilizamos o Sistema Eletrônico de Serviço de Informação ao Cidadão e realizamos ligações telefônicas para alguns estabelecimentos de saúde. Há divergências entre os dados de acesso público sobre violência sexual, sugerindo falhas na notificação dos casos e/ou na divulgação dos mesmos. Devido à pandemia pela Covid-19, serviços públicos reduziram o período e quantidade de atendimentos ou ainda, passaram a realizar a maior parte deles de forma virtual. Observamos que número de atendimentos para aborto legal está muito aquém dos registros de estupro no Estado. Existem 78 estabelecimentos goianos cadastrados no programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual do Ministério da Saúde, porém não possuem site próprio. Desses, um era mencionado no site da Secretaria de Saúde, mas não fazia menção em sua página sobre fluxo de atendimento para aborto legal. Dos 23 municípios contatados aleatoriamente, nenhum respondeu de forma resolutiva às solicitações de informação e/ou não atenderam as ligações telefônicas. Há precariedade no contexto da transparência passiva e ativa estabelecida pela Lei de Acesso à Informação, seja pela escassez ou ausência de informações sobre o aborto legal. Essa lacuna na comunicação dificulta o fácil acesso às informações públicas e compromete a atenção humanizada, recurso imprescindível em todas as esferas de atenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto legal; Pandemia pelo novo Coronavírus; Acesso à informação

Se números frios não tocam a gente (...)

O X da questão talvez seja amar

por isso não seja tão indiferente

Se números frios não tocam a gente (...)¹

1. INTRODUÇÃO

O estado de vulnerabilidade permeia vários espaços da sociedade e em algumas situações ele torna-se ainda mais intenso.^{2,4} O cenário que envolve o aborto é uma delas. Ações isoladas direcionadas para o processo de saúde-doença não conseguem atingir objetivos satisfatórios. Reconhecer a perspectiva da determinação social da saúde⁵ no contexto do aborto e a necessidade de acolher as mulheres ainda é um desafio.

No Brasil, o direito ao aborto em casos de risco de morte da gestante; anencefalia e gravidez resultante de estupro está previsto na legislação vigente. Todavia, os obstáculos para acessar os serviços de saúde que realizam o aborto legal ainda predominam. Nem mesmo os avanços conquistados e que deveriam ser garantidos pela lei para realização desse procedimento são disponibilizados satisfatoriamente para mulheres que dele necessitam.^{6,15,16}

A pandemia pela Covid-19 desencadeou inúmeros transtornos físicos, mentais e sociais, e também intensificou problemas como as desigualdades socioeconômicas, étnicas e de gênero.⁷ Nesse cenário caótico de pandemia, de maneira geral, o direito à saúde ficou ainda mais comprometido.

O caos pela disseminação da Covid-19 em nosso país, as decisões inadequadas e ineficientes da gestão pública resultaram em mais de 321.000 vidas perdidas em nosso país no intervalo de um ano.⁸ O desmonte de políticas públicas de Estado em defesa da vida e a redução de espaços de controle social, e em alguns casos a extinção deles, são aterrorizantes.⁹ A naturalização das perdas de tantas vidas tornou-se “prática” recorrente.

Como forma de expressar indignação por meio da música, Inumeráveis homenageia as vítimas desse caos e tornou-se manifesto ao descaso de muitos diante da pandemia. Ela menciona que as vidas perdidas pela

Covid-19 se tornaram números desdenhados pela indiferença e dureza por serem simplesmente números.¹ Como cidadãs, e também profissionais de saúde, ficamos indignadas com as elevadas estatísticas de infectados adoecidos e também mortos. Além das estratégias inadequadas para prevenção e combate ao vírus, também nos deparamos com o agravamento de outras situações de desrespeito e negligência às pessoas. Dentre tantas situações, nos confrontamos com a necessidade da descriminalização do aborto como questão de saúde coletiva que perpassa pela perspectiva da determinação social. Todavia, aqui nesse estudo focaremos nossa narrativa na fragilidade dos meios de informação e comunicação de serviços de saúde que oferecem o aborto legal aos casos previstos pela legislação e notificações de estupro no estado de Goiás.

Infelizmente, quando se trata de estatísticas envolvendo aborto não é possível nem mesmo o direito de ‘consolidar’ números, devido às subnotificações nos diversos espaços que deveriam acolher e amparar mulheres que necessitam interromper a gestação. A invisibilidade camufla cenários de descaso e tortura psicológica e física, não permite tornarem-se nem “números frios”, e o que dirá, tornarem-se nomes que “possam tocar” a sociedade. Mas o que falta para esse cenário mudar? Pelo menos no contexto do aborto legal, já não deveriam ter ocorrido mudanças para o acolhimento e assistência à saúde dessas mulheres com dignidade?

Esse texto surge pela inquietação que um jornal local¹⁰ desencadeou em nós ao publicar os números do aborto legal em Goiás em 2020 durante a pandemia e nos motivou a refletir sobre algumas insensibilidades e discrepâncias. Nosso texto teve como objetivos narrar sobre limitações dos sites institucionais em relação ao acesso às informações sobre o aborto legal em Goiás e estimular reflexões sobre a demanda por esse procedimento em decorrência de violência sexual contra mulheres no contexto da pandemia pela Covid-19. O texto foi organizado considerando alguns elementos que permeiam esse cenário: as discrepâncias de dados, os direitos negligenciados, a precariedade ao acesso à informação e a invisibilidade pela pandemia.

2. SOB RAM DISCREPÂNCIAS... FALTA CONTAR?

Um noticiário de Goiânia-GO relatou que em 2020, até o mês de agosto, 20 abortos legais foram realizados em todo o estado de Goiás. Segundo a reportagem, uma das unidades de saúde responsável pelos atendimentos de apoio às vítimas de agressão sexual informou esse dado.¹⁰ A partir dessa informação iniciamos nossa peregrinação virtual sobre o acesso ao aborto legal em Goiás em situações de estupro.

O reduzido número de aborto legal em um ano de pandemia, ocorrido em um estado que tem 3.022.161 mulheres, compondo 50,34% de sua população e distribuídas nos 246 municípios,¹¹ nos instigou a conhecer os números referentes aos casos de estupro no estado de Goiás.

Os dados divulgados no site institucional da Secretaria de Segurança Pública do Estado de Goiás indicaram a ocorrência de 278 casos de estupro registrados em todo o ano de 2020.¹² Todavia, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública referente ao período de janeiro a maio de 2020 informou que 1075 casos de estupro foram registrados no estado de Goiás. Dessas vítimas, 778 eram vulneráveis.¹³

A comparação das informações mencionadas nos sites institucionais sugere falhas na notificação dos casos e/ou divulgação dos dados de acesso público. Contudo, mesmo com esses números bem distintos desses relatórios, há um distanciamento do número de ocorrência de estupro e abortos legais no mesmo período.

Devido à desproporcionalidade entre quantidade de abortos legais e a quantidade de estupros ocorridos em Goiás, questionamos: poucas vítimas engravidaram mesmo? Entre aquelas que engravidaram, quantas fizeram parte do relatório do acesso ao aborto legal? Se outras engravidaram, será que quase todas conseguiram a contracepção de emergência no dia seguinte? Enfim, assusta o fato de apenas 20 abortos terem sido realizados, especialmente quando se resgata que o aborto é permitido em

três situações, sendo o estupro apenas uma delas; mas precisamos refletir sobre esses dados. Reconhecemos que parte das mulheres possam ter recebido atendimento imediato para contracepção de emergência, mas ainda assim os dados não são claros em relação a isso.

3. DIREITOS NEGLIGENCIADOS PIORAM NA PANDEMIA... FALTA COMUNICAÇÃO?

A necessidade do isolamento social como forma de evitar a disseminação da Covid-19 trouxe ainda o “paradoxo da pandemia”. Ao se intensificar as estratégias de isolamento social a fim de se salvar vidas, os números de violência doméstica, sejam elas físicas, psíquicas ou sexuais, elevam-se, gerando um paradoxo. Ao se buscar salvar vidas, amplia-se o risco de perder vidas.¹⁴ Cabe aqui ressaltar que não defendemos o afrouxamento do isolamento social, que tem diversas confirmações científicas da sua eficácia em tempos de epidemia e pandemia.¹⁵ A violência, inclusive a doméstica, tem raízes profundas, a determinação social se faz presente também nesse aspecto.

No Brasil, de acordo com o artigo 128 do Decreto-Lei nº 2.848 de 1940¹⁶ e a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54,¹⁷ o aborto não é punível por lei em três situações. Portanto, ele deveria ser realizado sem obstáculos e impedimentos quando a gestação traz risco de morte para mulher, quando é decorrente de violência sexual ou o conceito é anencéfalo.^{16,17} Entretanto, nesse momento de crise social, financeira, política e da saúde, também esse direito das mulheres está ameaçado.

Nosso texto enfatizou alguns aspectos relacionados à questão da gestação indesejada resultante de violência sexual. A Lei nº 12.845 de 2013, ou Lei do Minuto Seguinte, garante às mulheres que sofreram qualquer tipo de violência sexual não consentida atendimento emergencial, integral e gratuito dispensando a necessidade de provas ou registro de ocorrências, fazendo com que a palavra da mulher seja suficiente para o

atendimento.¹⁸ Entretanto, em 2020, em meio à pandemia e às diversas lutas das mulheres, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2282 de 2020, que, dentre outras, obriga os profissionais da saúde que atenderem a mulher vítima de violência sexual a denunciar o crime sofrido por esta.¹⁹ Embora essa portaria aparente oferecer apoio às mulheres, ela expõe a vítima ainda mais, pela insensibilidade de muitos profissionais de saúde sobre o direito ao aborto seguro.

Outro elemento que compromete o processo é a escassa informação e a dificuldade de acesso a este serviço. A Lei nº 12.527 de 2011, conhecida como Lei de Acesso à Informação (LAI), garante à população o direito de obter todas as informações referentes ao Estado, exceto as expressas na legislação, em forma de transparência ativa. Assim, espera-se que o Estado divulgue o maior número de informações possíveis de interesse social em seus sites de portais de transparência. A Lei também prevê a transparência passiva, ao disponibilizar informações à medida que são solicitadas pelo cidadão.²⁰ Além disso, muitos serviços públicos sofreram alterações em seu funcionamento, de maneira geral, reduzindo o período e quantidade de atendimentos ao cidadão ou ainda realizando maior parte deles de forma virtual e remota.

4. NAVEGANDO EM SITES INSTITUCIONAIS, BUSCANDO INFORMAÇÕES... FALTAM CLAREZA E OBJETIVIDADE?

Aqui narramos o percurso virtual que fizemos para localizar instituições públicas de saúde que realizam o aborto legal. Fizemos busca com o termo “aborto legal” nos sites institucionais de 23 a 26 de março de 2021.

Tínhamos uma expectativa que a LAI proporcionasse o acesso a informações sobre esses locais cadastrados pelo SUS, bem como de obter informações sobre como proceder para realizar o procedimento. Encontramos a lista com estabelecimentos credenciados para a oferecerem serviço de aborto legal.

Assim, fizemos consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que compõe a base de dados do DataSUS, os sites da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS-Goiânia). Também utilizamos ferramenta da transparência passiva: acionamos o e-SIC do portal da transparência de 23 municípios de Goiás, escolhidos de forma aleatória, e, posteriormente, realizamos contatos telefônicos em dois estabelecimentos de saúde.

A consulta mencionada foi feita para encontrar informações sobre o procedimento do aborto legal, como: em quais ocasiões o procedimento pode ser realizado naquela instituição pública de saúde? Até que período gestacional o procedimento pode ser realizado? É necessário levar acompanhante? Existe uma equipe para receber a paciente? A paciente receberá acolhimento psicológico?

5. A INVISIBILIDADE DO ABORTO LEGAL EM TEMPOS DE PANDEMIA PELA COVID-19... FALTA SENSIBILIDADE?

Não foram encontrados algoritmos para a busca por estabelecimentos que oferecessem serviços de aborto legal, ao invés disso, foi encontrada uma lista de estabelecimentos que participam do programa Ambulatório de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (AAVVS). Evidencia-se aqui a problemática para mulheres que necessitem buscar serviços de aborto legal.

De acordo com informações do site do CNES, setenta e oito estabelecimentos são cadastrados em Goiás no programa AAVVS, porém nenhum deles possuía site próprio. Um deles era mencionado no site da SES-GO e outro pela Prefeitura Municipal de Goiânia. Os dois hospitais localizam-se na capital goiana.

No site da SES-GO não há, de forma evidente, esclarecedora e de fácil acesso, nenhuma informação sobre aborto legal, não há menção sobre

esse procedimento no menu principal do site.

Ao acessarmos a referida página do site da SES-GO que mencionava o hospital da rede estadual, constatamos que há informação sobre atendimento às vítimas de violência sexual de forma integral. Essa página informa sobre o acolhimento psicológico à paciente e o atendimento realizado por uma equipe multidisciplinar composta por ginecologistas e obstetras, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Todavia, não há texto explícito sobre o aborto legal.

Não há informações sobre quais situações o procedimento pode ser realizado naquele local; também não era indicado nada sobre até qual período gestacional o procedimento pode ser realizado e/ou riscos pelo tempo da gestação. Sobre ter acompanhante, o site não mencionava sobre esse direito ou sobre alguma norma institucional para essa situação específica.

Ao utilizarmos a função de busca no próprio site da SES-GO, encontramos apenas quatro notícias que citavam o aborto legal. Elas referiam-se a todas as notícias publicadas na plataforma: 2015, 2018 e 2020. Três dessas publicações citavam o Hospital Estadual Materno-Infantil Dr. Jurandir do Nascimento (HMI) como local que realiza aborto legal em Goiás.²¹ Uma dessas notícias destacou que o HMI continua atendendo as vítimas de violência sexual durante a pandemia e informou que, de janeiro a junho de 2020, 181 pacientes procuraram o atendimento, sendo 28 gestantes. Entre essas, 22 solicitaram o aborto legal e 15 (68,18%) foram atendidas. Também foi mencionado que em 2019 o hospital recebeu 42 gestantes vítimas de violência sexual que solicitaram aborto legal, dessas 24 (57,14%) tiveram sua solicitação realizada.²² Não encontramos no site a justificativa para não realização do procedimento para as demais solicitantes.

O outro hospital da capital cadastrado para oferecer o serviço também não apresenta site próprio. O site da Prefeitura Municipal de Goiânia faz menção a ele uma página. Ele possui descrição sucinta dos serviços

disponibilizados e em momento algum cita a oferta de atendimento às vítimas de violência sexual ou procedimento de aborto legal.

Observamos que não há menção sobre a Lei do Minuto Seguinte em nenhum dos referidos sites acessados.

Nenhum dos setenta e oito hospitais de outros municípios de Goiás que estão cadastrados pelo CNES apresentam sites próprios ou descrições em sites das Secretarias Municipais de Saúde locais informando que o estabelecimento oferece os atendimentos em questão.

A ausência dessas informações evidencia o descumprimento da LAI.²⁰ Essas são informações de interesse à saúde da população e que dizem respeito aos direitos das mulheres garantidos por lei, portanto deveriam estar contidas nos sites referidos na forma de transparência ativa.

No exercício da transparência passiva, em um segundo momento, a SES-GO foi contatada por meio do e-SIC e pelo e-mail cedido no site a respeito de quais hospitais de Goiás realizam o atendimento de aborto legal durante a pandemia. Em seis dias recebemos a resposta indicando que, em Goiás, somente o HMI está habilitado e autorizado a realizar o aborto conforme previsto por lei e atende conforme a Portaria nº 2561 de 2020. Também fomos informadas que aquela devolutiva correspondia ao cumprimento da LAI. Nenhuma das ligações realizadas no número disponível no site foi atendida.

Considerando os estabelecimentos cadastrados no CNES, de forma aleatória, vinte e três prefeituras municipais goianas foram contatadas por e-SIC a respeito da disponibilidade do procedimento para aborto legal durante a pandemia. Dessas, apenas quatro responderam, porém, nenhuma de forma clara e resolutiva. Nos e-mails recebidos as respostas não orientavam nada, nem indicavam onde encontrar atendimento.

Dentre os vinte e três sites das prefeituras, também constatamos que em três municípios a solicitação e-SIC sequer foi realizada, pois o portal

da transparência destes apresentavam falhas que impediam a busca e o exercício do direito à informação. Destacamos que um desses municípios possui mais de 200 mil habitantes.

A primeira resposta do e-SIC veio de um município com mais de 230 mil habitantes, localizado a 232 km da capital Goiânia. Foi informado o número da assistência social para que o solicitante a contatasse. Ao realizar a ligação, fomos informadas que essa questão era tratada em outro local e nenhuma informação a mais foi cedida.

O segundo município, com mais de 120 mil habitantes e que fica a 26 km de Goiânia, informou que bastava que a mulher procurasse uma Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima. Foi necessário outro contato, solicitando informações sobre como seria prestado esse atendimento na UBS, o atendente disse que para esta informação seria necessário ligar na Secretaria de Saúde.

O terceiro município, com população acima de 20 mil habitantes, localiza-se a 35 km de distância da capital, respondeu apenas que “o responsável” entraria em contato conosco, mas não mencionou quem seria esse “responsável” ou qual o serviço em que ele atua. Até a finalização desse artigo, ninguém havia feito contato conosco.

O último município que enviou resposta possui mais de 72 mil habitantes e encontra-se a 195 km da capital. O e-mail recebido mencionava que “o atendimento continuava de forma classificatória”, sem explicar com linguagem simples o que seria a “forma classificatória” ou pelo menos informar local que deveria buscar atendimento.

Ao considerarmos situações em que o aborto não é punível por lei, quanto mais a gestação avança, mais dificuldades essa mulher terá para acessar o aborto legal e mais riscos esse procedimento trará.²³ Logo, a alegação de que “alguém entrará em contato”, sem esclarecimento de quem e quando entrará, não apenas nega os direitos à informação e ao aborto legal dessa mulher, mas também afeta seu direito à vida, à saúde

e ao bem-estar biopsicossocial. Seus direitos ficam ameaçados pelo fato de que, a depender do tempo que esse contato será realizado, o procedimento do aborto poderá acarretar consequências à saúde dessa mulher pelo tempo da gestação. Além disso, há os riscos inerentes ao momento de desespero, como o acesso aos procedimentos clandestinos de aborto. Como são evidenciados na literatura, esses procedimentos inseguros são responsáveis por lesões e sequelas graves, e também pela perda evitável da vida de muitas mulheres anualmente no Brasil.²⁴

Nessa hipótese, caso a mulher aguarde o contato, mesmo que esse venha posteriormente e ela consiga o acesso ao aborto legal, seu direito ao bem-estar biopsicossocial está afetado. Afinal, prolongar, mesmo que por alguns dias, uma gestação indesejada, principalmente nos casos de estupro, trará imenso sofrimento a essa mulher. Também, não se pode desconsiderar a maternidade e a gestação, mesmo nessas circunstâncias de violência sexual. Além disso, a manutenção da gravidez pode trazer risco de alterações da saúde, do corpo, da mente, da vida social e das relações da mulher.

As tentativas para conseguir informações foram ineficazes. Restou nos imaginar como seria uma situação real de uma mulher que necessitasse de orientações com urgência e recebesse respostas insatisfatórias.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS... QUE NÃO PODEM SER FINAIS!

A perspectiva da determinação social pode ser um caminho para reflexões e ações mais adequadas no enfrentamento das dificuldades que comprometem a saúde das mulheres, principalmente daquelas que necessitam do aborto legal. Nesse cenário, atender as mulheres vítimas de violência sexual não se limita a disponibilizar serviço de saúde referência ou registrar estatísticas isoladamente, embora também sejam ações importantes nesse processo. O enfrentamento fundamentado na determinação social deve abranger aspectos históricos, sociais, culturais e reconhecer

que o direito à saúde envolve políticas públicas que interagem com o direito à informação, ao acesso aos serviços de saúde, à segurança, à renda, à educação... enfim, ao respeito, à dignidade e à autonomia da mulher.

Em nosso percurso, observamos a notável lacuna a respeito da transparência passiva e ativa estabelecida pela LAI. Em tempos de pandemia pela Covid-19, o isolamento social é uma importante forma de prevenção para evitar contaminação e disseminação do vírus. Portanto, canais de informação e comunicação previstos na LAI, quando organizados e disponibilizados adequadamente, contribuem no exercício da cidadania. Em nossos acessos durante a busca de informações e contatos, percebemos que em alguns municípios a lei foi parcial ou totalmente descumprida. Observamos que a comunicação por meio do portal da transparência está comprometida ou não existe. Em alguns casos, ainda que tenha sido possível a solicitação de informação, a resposta foi ineficiente, não apresentou nenhuma informação relevante e não apresentou solução alguma.

A LAI garante que todas as cidadãs e cidadãos tenham acesso a informações referente aos órgãos públicos, tratando-se do aborto legal há muitas falhas nesse processo. Para atender satisfatoriamente à LAI, os sites dos órgãos responsáveis pela gestão de saúde deveriam, no mínimo, na forma de transparência ativa, apresentar informações sobre o acolhimento, fluxo de atendimento e procedimentos para mulheres que necessitam de aborto legal. Contudo, mesmo vivendo esse momento delicado da gestação, principalmente nos casos de violência sexual, elas ficam desamparadas e sem informações para buscar atendimento e exercer seu direito garantido por lei, e, por vezes, são tratadas com descaso. Os diversos obstáculos virtuais observados nos sites consultados fragilizam o potencial da rede de apoio para o aborto legal.

Somado a essas dificuldades, ainda há o “paradoxo da pandemia”.¹³ Infelizmente, o isolamento social a fim de se salvar vidas tem favorecido o aumento de violência doméstica em muitos lares, inclusive com violência sexual. A pandemia tornou o acesso à informação ainda mais precário,

com atendimentos presenciais, telefônicos e virtuais alterados. Serviços que poderiam acolher e oferecer assistência, como os hospitais cadastrados pelo CNES, estão com atendimentos reduzidos ou mesmo suspensos para disponibilizar espaços somente a pacientes com Covid-19.

Embora as estatísticas de acesso público apresentem números distintos, é inquestionável que há demanda para atendimento ao aborto legal. Sejam para as 278 ou para as 1.075 notificações de estupro, todas necessitam de acolhimento. Agravando ainda mais essas estatísticas, ressaltamos que o relatório que indicou que entre as 1.075 notificações mencionadas, mais da metade desses casos eram vulneráveis. Há um grande abismo quando pensamos sobre os vinte abortos realizados em todo estado de Goiás e estatísticas oficiais.

A pandemia tornou ainda mais tortuoso o percurso de mulheres que engravidam por sofrerem violência sexual. Elas se deparam com inúmeras dificuldades para conseguir orientações para atendimento. Nossa busca virtual demonstrou a escassez ou ausência de informações sobre o aborto legal que deveriam ser públicas e de fácil acesso, embora esse direito esteja previsto no contexto da LAI. Destacamos que o programa de Ambulatório de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual apareceu em um site, mas não explicita a possibilidade do aborto legal.

Também destacamos que mais uma violência passou a ser institucionalizada e que pode acometer essas mulheres. Mesmo que elas consigam vencer todas as barreiras e cheguem a um estabelecimento que ofereça atendimento para essa situação, ainda há riscos e medo pelo decreto do Ministério da Saúde que obriga a denúncia do crime. Além de represálias que possam vir por parte da própria equipe de profissionais de saúde que deveria realizar acolhimento sem julgar a vítima, em muitas situações ela retornará a sua casa e enfrentará seu agressor que, por ter sido denunciado, poderá estar ainda mais violento.

Todas as mulheres que buscam o aborto legal, independentemente da situação que tenha desencadeado essa necessidade, vivenciam um momento de extrema vulnerabilidade que, a cada minuto que passa, a afeta de uma forma que pode não ser reversível. Portanto, não cabe ao profissional no atendimento a essa mulher, seja pessoalmente ou meio dos canais de informação e comunicação previstos na LAI, julgamentos, e sim o papel acolhedor. Ainda destacamos que a LAI preconiza de 20 a 30 dias para respostas às solicitações por meio dos canais de transparência passiva. Todavia, nessa situação específica do aborto legal, o prazo para resposta pode comprometer os encaminhamentos necessários.

A fragilização e desmonte das políticas públicas de Estado que defendem a vida e os espaços de controle social e a naturalização das mortes (sejam pela Covid-19, sejam por negar o direito ao aborto seguro) são realidades que necessitam de transformações para que exista dignidade e respeito às pessoas. A insegurança, o medo, o desrespeito, a desinformação, a subnotificação e a falta de acesso a procedimentos seguros também são formas de violência contra as mulheres, principalmente aquelas vítimas de estupro.

Como os compositores mencionaram, “o X da questão talvez seja amar”¹¹ ou melhor dizendo, a insensibilidade pela falta de amor. Como se não bastasse a violência sexual sofrida, até mesmo o direito de se tornarem números frios torna-se comprometido e negado às mulheres que necessitam dos procedimentos para interromper a gestação, mesmo aquelas que atendem aos critérios estabelecidos pela legislação vigente. Infelizmente, em Goiás, as discrepâncias de dados, os direitos negligenciados e a precariedade ao acesso à informação reforçam a invisibilidade das inumeráveis mulheres e dificultam ainda mais esse percurso durante a pandemia pela Covid-19.

REFERÊNCIAS

1. CÉSAR, C.; BESSA, B. Inumeráveis. 2020. Youtube. 15 ago. 2020. Música. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=xTKk6N6h5vA>. Acesso em: 03 abr. 2021
2. PILECO, B.F.; KNAUTH, D.R.; VIGO, A. Aborto e correção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. **Cadernos de Saúde Pública**. 2011; 427-438.
3. MORAIS, T.C.A.; MONTEIRO, P.S. Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. **Rev. Bioética**. 2017; 311-319.
4. CARMO, M.E.; GUIZARDI, F.L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**. 2018; 1-14.
5. ROCHA, P.R.; DAVID, H.M.S.L. **Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na Teoria da produção social da saúde**. 2015.
6. MADEIRO A.P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2016; 563-572.
7. DIEHL, D.A. Pandemia e desigualdade sociais. **Revista de direitos e movimentos sociais**. Brasília. 2021.
8. Rastreador do COVID-19. Brasil. Disponível em: <https://www.bing.com/covid/local/brazil>. Acesso em: 03 abr. 2021.
9. Ataques aos direitos reprodutivos das mulheres durante a pandemia de Covid-19. **Basuras**. 2020.
10. MORAES, C. Em 2020, 20 abortos legais foram realizados em Goiás. **Jornal O Popular**. Ago. 2020. Caderno de Cidades. Disponível em: <https://www.opopular.com.br/noticias/cidades/em-2020-20-abortos-legais-foram-realizados-em-goi%C3%A1s-1.2103905>. Acesso em: 26 mar. 2021.
11. IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico** – Goiás. 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=2R&uf=52>. Acesso em: 29 mar. 2021.
12. SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA – Goiás (SSP-GO). Estatísticas criminais e produtividade – estado de Goiás. Demonstrativo – Ano de 2020. 2020. Disponível em: <https://www.seguranca.go.gov.br/estatisticas>. Acesso em: 26 mar. 2021.
13. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. 2020. Ano 14. 2020.

14. BRADBURY-JONES, C.; ISHAM, L. The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *J Clin Nurs*. 2020 Jul; 29(13-14):2047-2049.
15. SILVA F.C. et al. Isolamento social e a velocidade de casos de covid-19: medida de prevenção da transmissão. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2021.
16. BRASIL. **Lei nº 2848**, de 07 de Dezembro de 1940. Artigo 128, dispõe dos casos de aborto não puníveis.
17. BRASIL. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54**, de 12 de abril de 2012. Garante a não punição do aborto terapêutico da gestação do feto anencéfalo.
18. BRASIL. **Lei nº 12.845**, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
19. BRASIL. **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.
20. BRASIL. **Lei nº 12.527**, de 18 de novembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com o fim de garantir o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal.
21. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS. Resultado da pesquisa: aborto legal. Disponível: <https://www.saude.go.gov.br/pesquisar?q=Aborto+legal>. Acesso em: 26 mar. 2021.
22. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS. HMI mantém atendimento a vítimas de violência sexual na pandemia. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/noticias/11049-hmi-mantem-atendimento-a-vitimas-de-violencia-sexual-na-pandemia?highlight=WyJhYmgyd-G8iLCJsZWdhbClsmFib3JobyBsZWdhbCJd>. Acesso em: 26 mar. 2021.
23. BARTLETT, L.A. et al. **Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States**. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2004.
24. LUNA, N. **Morte por aborto clandestino na imprensa: Jandira, Elizângela e Operação Herodes**. 2017.

COVID-19 E VIOLÊNCIA SEXUAL: PERFIL DO ATENDIMENTO CLÍNICO ÀS MULHERES NO SERVIÇO DE VIOLÊNCIA SEXUAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG) DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL

Letícia Gomes Santos^a

Lívia Lopes Nogueira^b

Raíza de Almeida Aguiar^b

Sara de Pinho Cunha Paiva^c

- a Médica Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM).
- b Idem.
- c Médica Ginecologista e Obstetra no Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) e mestranda em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM-UFGM).
- d Professora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM-UFGM). Médica e Coordenadora do Serviço de Atenção a Mulheres em Situação de Violência Sexual do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM).

RESUMO: O objetivo do presente artigo é avaliar os desafios e resultados do atendimento no serviço de referência clínica estadual para o atendimento a meninas e mulheres em situação de violência sexual do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) durante a pandemia da Covid-19.

Durante a pandemia da Covid-19, vários serviços médicos assistenciais foram cancelados por contingenciamento e direcionamento da assistência à pandemia, seguindo o isolamento social recomendado. O atendimento a mulheres em situação de violência sexual foi considerado um serviço médico assistencial essencial e indispensável à sociedade, sendo, portanto, mantido em atividade durante a pandemia da Covid-19 e respeitando as medidas sanitárias de segurança. Para o presente estudo, os autores avaliaram todos os primeiros atendimentos e consultas de acompanhamento a mulheres em situação de violência sexual realizados no HC-UFMG durante o primeiro ano da pandemia da Covid-19.

O cenário visto no primeiro ano da pandemia da Covid-19 demonstrou que, a despeito do aumento dos casos de violência contra a mulher no Brasil, a demanda pelo atendimento a mulheres em situação de violência sexual no HC-UFMG foi menor do que no ano anterior à pandemia. Outra constatação do estudo foi que em 2020 a maioria dos casos atendidos tiveram como local da violência sexual o ambiente domiciliar, sendo que no período anterior à pandemia a violência era relatada como ocorrida nas vias públicas ou em eventos sociais. O número de atendimentos a mulheres com gestação decorrente de estupro e para o aborto legal se manteve estável.

Mesmo enfrentando dificuldades sanitárias, isolamento social e medidas políticas do Ministério da Saúde brasileiro, o serviço de referência do HC-UFMG seguiu garantindo o direito das pacientes à assistência médica especializada para mulheres que sofreram violência sexual³ durante a pandemia da Covid-19. Com os entraves vivenciados durante o primeiro ano da pandemia, porém, percebemos que esse serviço precisa ser melhor organizado para oferecer uma assistência de qualidade.

É necessário maior padronização e informatização no atendimento e coleta de dados, bem como criar um canal de comunicação remoto para as pacientes, como a telemedicina, minimizando assim a falta de acesso durante e após a pandemia.

Concluimos, portanto, que o perfil dos atendimentos a mulheres em situação de violência sexual no HC-UFMG mostrou uma diminuição da procura por ajuda por estas mulheres, possivelmente em decorrência do isolamento social devido à pandemia da Covid-19. Porém, nos casos de gestação decorrente de violência sexual, as vítimas foram mais ativas em procurar o atendimento médico especializado para solicitar a interrupção legal da gravidez.

PALAVRAS-CHAVE: Abuso sexual; Isolamento Social; Covid-19; Telemedicina

I. INTRODUÇÃO

Quando o primeiro óbito por Covid-19 foi notificado no Brasil, em 17 de março de 2020, 20 dias após o registro do primeiro caso, a doença já havia sido declarada como pandêmica pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tornando-se naquele momento o principal tópico em discussão em todo o mundo.¹

Um evento de saúde pública tão significativo quanto esse, provocado por um vírus novo, exige esforços em inúmeras áreas, dentre elas, a assistência à mulher vítima de violência. A necessidade de garantir a adequada provisão de equipamentos e leitos nas unidades de terapia intensiva (UTIs), e a tentativa de controlar a disseminação da doença, conduziram as autoridades sanitárias e governamentais de todos os países mais atingidos pela pandemia a recomendar e decretar, em maior ou menor grau, duração e extensão territorial, medidas de quarentena, isolamento ou distanciamento social, o que repercutiu diretamente no aumento dos casos de violência física e sexual contra mulheres, principalmente no âmbito

domiciliar.² Com base em situações de distanciamento social anteriores e no aumento súbito do registro de casos de violência no contexto de pandemia, organizações internacionais estão preocupadas com os indícios de aumento da violência doméstica, sendo o lar, muitas vezes, um lugar de medo e abuso.³ No Brasil, segundo a Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos (ONDH), do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), entre os dias 1º e 25 de março de 2020, houve crescimento de 18% no número de denúncias registradas pelos serviços Disque 100 e Ligue 180.⁴ A violência sexual contra a mulher é definida como qualquer ato sexual ou tentativa de obter um ato sexual, independentemente de seu relacionamento prévio com a vítima, em qualquer ambiente, incluindo, mas não se limitando a casa e trabalho.⁵ Ela expõe as vítimas a infecções sexualmente transmissíveis, a problemas emocionais de curto ou longo prazo e a gravidez indesejada. Desde 1940, está previsto no Código Penal brasileiro o direito ao aborto nesses casos, em serviços devidamente capacitados.⁶

O cenário visto neste período de pandemia (iniciado em março de 2020) demonstrou que a despeito do aumento dos casos de violência sexual, a abertura de boletins de ocorrência, assim como a procura pelo serviço médico que presta assistência a essas pacientes, reduziram quando comparados ao período anterior à pandemia. Este quadro pode ser explicado por múltiplos fatores que foram impondo mais dificuldades na atuação dos profissionais. No âmbito relacional, o maior tempo de convivência com o agressor é crucial. Ademais, ao se reduzir o contato social da vítima com amigos e familiares, reduzem-se as possibilidades da denúncia.³

Um exemplo foi a Portaria nº 2.282 do Ministério da Saúde, publicada em 28 de agosto de 2020, em meio à pandemia da Covid-19, acrescentando a notificação compulsória à polícia pelos profissionais de saúde que atendessem tais casos. A portaria seguiu o debate público provocado pelos obstáculos ao aborto legal impostos a uma menina de 10 anos vítima de violência sexual no Espírito Santo, que precisou ser transportada a outro estado do país para ter seu direito ao aborto legal assegurado.⁷

2. MÉTODOS

Desenho do estudo

Este é um estudo transversal, em que foram coletados dados através de prontuários médicos de atendimentos realizados às mulheres em situação de violência sexual, no período de 1º de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2020, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais (HC-UFMG), Brasil.

PARTICIPANTES: Mulheres em situação de violência sexual, de todas as idades, que foram encaminhadas ou vieram espontaneamente ao HC-UFMG, e tiveram atendimento registrado em prontuário foram incluídas no estudo. Foram excluídas as pacientes sem registro hospitalar.

Variáveis

Características das pacientes: idade (em anos), etnia (por autodeclaração), estado civil, profissão, uso de método contraceptivo; características do agressor: número de agressores, idade aproximada, se havia relação prévia da vítima com o mesmo; informações do ato: data, local, se houve outros tipos de agressões, se houve ejaculação, uso de preservativo, se levou a uma gestação, se houve autorização de aborto legal, se a paciente realizou boletim de ocorrência, realização de profilaxia para ISTs e contracepção de emergência, realização de sorologias, assim como a realização de seguimento ambulatorial com equipe da ginecologia e da psiquiatria.

Resultados

Entre 1º de janeiro de 2019 e 31 de dezembro de 2020, o serviço ambulatorial do HC-UFMG, destinado a mulheres em situação de violência sexual, atendeu 53 mulheres, sendo 33 dessas no ano de 2019 e 20 no ano de

2020 (gráfico 1). Foram excluídas dessa análise as pacientes que tiveram registros incompletos nos prontuários.

A idade média das meninas e mulheres que procuraram o atendimento durante esse período foi de 25,8 anos, variando entre 4 e 58 anos.

Referente aos 33 casos de violência sexual do ano de 2019, foi possível concluir que aproximadamente 15% deles ocorreram em ambiente domiciliar, 24% com violência física associada, em 21,2% dos eventos a vítima já havia sido violentada anteriormente e em 70% dos casos não foi realizado boletim de ocorrência (gráfico 2).

De acordo com os dados coletados no período da pandemia da Covid-19, no ano de 2020, 20 casos de violência sexual foram registrados, sendo 35% deles em ambiente domiciliar, 40% com violência física, 30% com episódios prévios de abuso sexual e 65% sem denúncia em órgãos responsáveis pela segurança (gráfico 2).

Ao se analisar o número de gestações decorrentes de violência sexual nesses dois períodos e os abortos legais que foram autorizados pelo serviço do HC-UFMG, observou-se 23 gestações no ano de 2019 (69,7%) com 20 interrupções legais e 11 gestações (55%) durante o ano de 2020, tendo todos esses como desfecho o aborto autorizado (gráfico 3).

Das pacientes que procuraram o HC-UFMG no período da pandemia, 9 delas haviam realizado profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis em outra unidade de atendimento ou o realizaram durante o 1º atendimento em nosso serviço. Já com relação à contracepção de emergência, apenas 50% das pacientes o fizeram. Em 2019, 9 mulheres realizaram a profilaxia e 10 realizaram o uso de algum método contraceptivo de emergência (gráfico 4).

Em 2020, 55% das vítimas só procuraram atendimento após 1 semana do ocorrido.

Após o acesso dessas pacientes ao ambulatório de violência sexual

no ano de 2019, 10 delas não mantiveram o seguimento adequado e 6 não consultaram com a equipe da psiquiatria, apesar de terem sido encaminhadas. Quadro similar foi observado no ano de 2020, em que 5 mulheres não seguiram o acompanhamento adequado no ambulatório e 4 não passaram pela consulta psiquiátrica (gráfico 5).

3. DISCUSSÃO

Acreditando na missão e no caráter essencial da assistência às vítimas de violência sexual, e seguindo a Portaria nº 54 de 1º de abril de 2020, que diz no item 3, subitem 3.1 “[...] nesse momento, é necessário adotar medidas para identificar serviços e atividades essenciais em cada localidade e reorganizar as ofertas, considerando as demandas locais das populações mais vulneráveis e em risco social e a segurança de usuários e profissionais” e subitem 3.3 “[...] incluindo o desenvolvimento de medidas voltadas à garantia de sua proteção durante o período de isolamento social, o apoio à prevenção da transmissibilidade da Covid-19 e a mitigação de seus impactos”, o atendimento, tanto na urgência como acompanhamento clínico ambulatorial, foram mantidos no HC-UFMG durante a pandemia atual, respeitando o descrito no subitem 3.4 “medidas e condições que garantam a segurança e a saúde de usuários e profissionais”.⁸

Apesar de termos uma amostra pequena de pacientes, a análise dos dados coletados referentes aos atendimentos de 2019 e 2020 no ambulatório de atendimento a mulheres em situação de violência sexual do HC-UFMG nos permite ter uma visão do efeito da pandemia no serviço, como também de alterações no acesso e padrão da violência sofrida pelas vítimas.

A começar, notamos o decréscimo no número de atendimentos e boletins de ocorrência realizados no período da pandemia, bem como o aumento da taxa de violência sexual ocorrida em ambiente domiciliar em 2020⁹ e a manutenção do padrão de altas taxas de abandono ao

seguimento no ambulatório de violência sexual e psiquiatria. Esses resultados foram provavelmente reflexos das orientações de isolamento social, instituídas no Brasil através da Lei nº 13.979, em 6 de fevereiro de 2020, que estabelecia no artigo 2º a necessidade de isolamento social, definido como o ato de separação de pessoas doentes ou contaminadas e de quarentena: restrição de atividades, de maneira a evitar a possível contaminação ou propagação do coronavírus.¹⁰ Dessa forma, a população se viu restrita ao domicílio como alternativa de enfrentamento ao novo vírus e, conseqüentemente, as mulheres foram vítimas em suas próprias casas e sem ter como buscar por ajuda.¹¹

Outro dado que corrobora o aumento da taxa de violência sexual em casa é o de que em 2020 a maior parte das mulheres atendidas já havia sofrido abuso previamente, sendo que 25% já conheciam o agressor. Assim, percebemos a tendência de que, na pandemia, mais vítimas possam ter entrado no processo que chamamos de violência sexual “crônica”.

O aumento da taxa de violência física associada à violência sexual evidencia outro desafio imposto neste período de pandemia: o aumento da violência doméstica. Corroborando ainda mais a necessidade dos serviços de combate à violência contra a mulher. Na tentativa desse combate, durante a pandemia foram criados dois projetos de lei, o PL nº 1.796/2020 e o PL nº 1798/2020, que determinam que processos relacionados à violência doméstica e familiar não sejam suspensos, bem como que a ocorrência do registro contra tais violências possa ocorrer pela internet ou número de telefone de emergência.¹

Contraopondo à menor busca por assistência, o percentual de mulheres que realizou profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis e contracepção de emergência após a violência sexual foi maior em 2020 do que em 2019.

Em relação as mulheres que tiveram uma gestação decorrente da violência sexual, percebemos que o serviço continuou sendo capaz de

assegurar o direito ao aborto legal em 100% dos casos que passaram pelos critérios exigidos, mesmo com a nova proposta do Ministério da Saúde de impor a obrigatoriedade de denúncia policial pelo profissional de saúde assistente.⁷

Com as análises realizadas, percebemos que a menor procura por ajuda pode ser contornada neste período de algumas formas. No atual contexto, cabe intensificar o uso de tecnologias para o atendimento remoto, visando a evitar aglomerações nos equipamentos socioassistenciais, além de apoiar o isolamento social. O maior desenvolvimento atual da telemedicina coloca esta modalidade, ainda nova para muitos profissionais, como um dever dos sistemas de saúde, implementando acesso remoto aos serviços, sempre que possível, e promovendo assim a missão de equidade.¹²

4. CONCLUSÃO

Fazer análise minuciosa sobre os impactos da pandemia atual nos atendimentos às pacientes vítimas de violência sexual no Brasil é mais do que um trabalho descritivo, representa a necessidade de aprimoramento do serviço fornecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que ficou ainda mais evidente com as dificuldades impostas pelo período atual.

No serviço de atendimento a mulheres em situação de violência sexual do HC-UFMG, concluímos que a pandemia reforçou ser esta uma área essencial e não eletiva. A manutenção dos atendimentos pode ser considerada como um ganho para a população durante este período de maior vulnerabilidade das mulheres.¹²

No entanto, muito além de manter o atendimento e a assistência devida, constatamos a necessidade de ampliar o acesso das vítimas para além do presencial. Considerando o atual cenário de isolamento social e reclusão domiciliar devido à pandemia da Covid-19 e, muitas vezes, em contextos fora da pandemia, a impossibilidade de sair do ambiente de

violência para buscar ajuda, vimos que é de suma importância desenvolver mecanismos que possibilitem o atendimento online dessas pacientes.¹³

Pensando em padronizar e facilitar o atendimento de forma computadorizada, atendendo à demanda criada pela pandemia, foi desenvolvido um novo modelo de anamnese, que começou a ser aplicado em fevereiro de 2021 no ambulatório de atendimento a mulheres em situação de violência sexual do HC-UFMG. Além disso, na mesma data, iniciamos a aplicação do questionário validado WOQOL-bref para avaliação da qualidade de vida das pacientes, a ser preenchido pelas mesmas na primeira consulta e após a assistência recebida, quando da alta ambulatorial, após seis meses de acompanhamento clínico.¹⁴

A violência sexual infelizmente está em curva crescente,⁵ e, assim, surgem diariamente novos desafios a serem vencidos para minimizar os efeitos da mesma em nosso país. A pandemia da Covid-19 é um marco na saúde pública mundial, e muito além de uma questão sanitária, cursa hoje com mudanças profundas nas relações interpessoais. Dessa forma, serviços como os prestados em centros de atendimentos às mulheres em situação de violência sexual precisam se adaptar para maximizar sua efetividade e seu alcance.

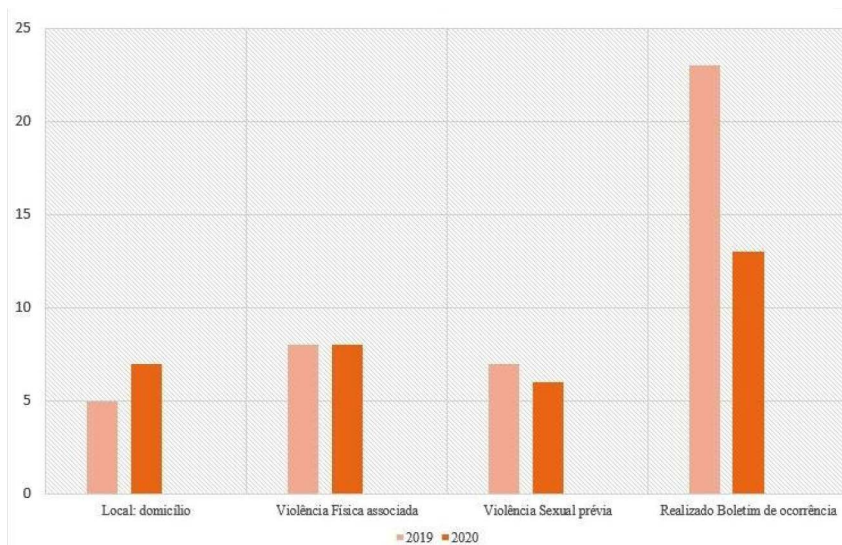
5. GRÁFICOS

Perfil do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual no Período da Pandemia do Coronavírus (Covid-19), no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

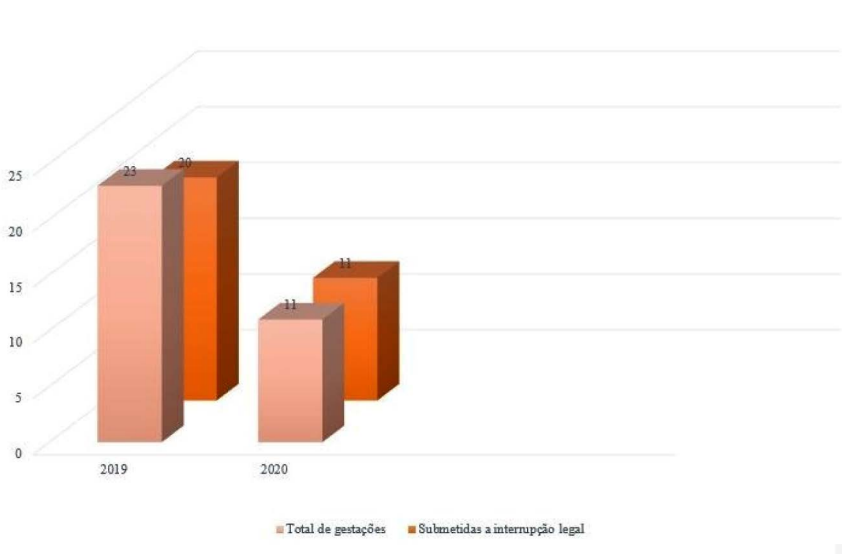
GRÁFICOS 1. atendimentos realizados no ambulatório de violência sexual nos anos de 2019 e 2020



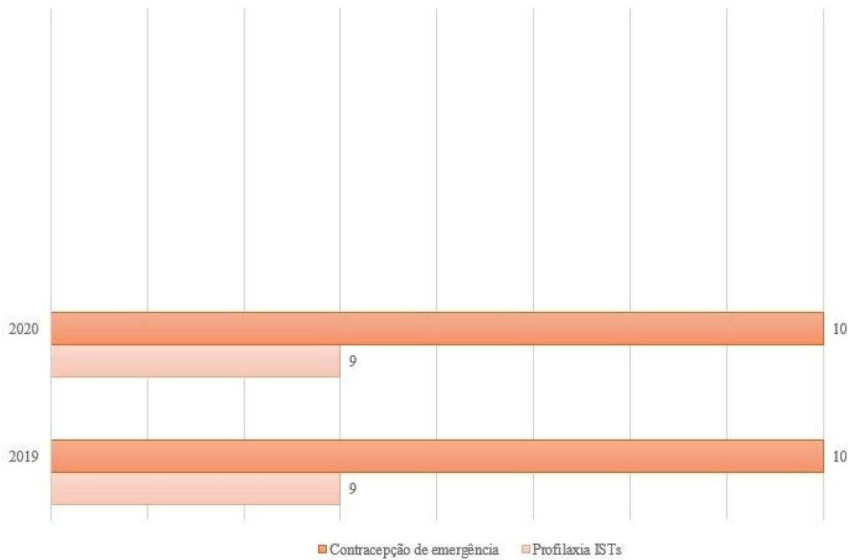
GRÁFICOS 2. Dados sobre a violência sexual relatados nos atendimentos de 2019-2020



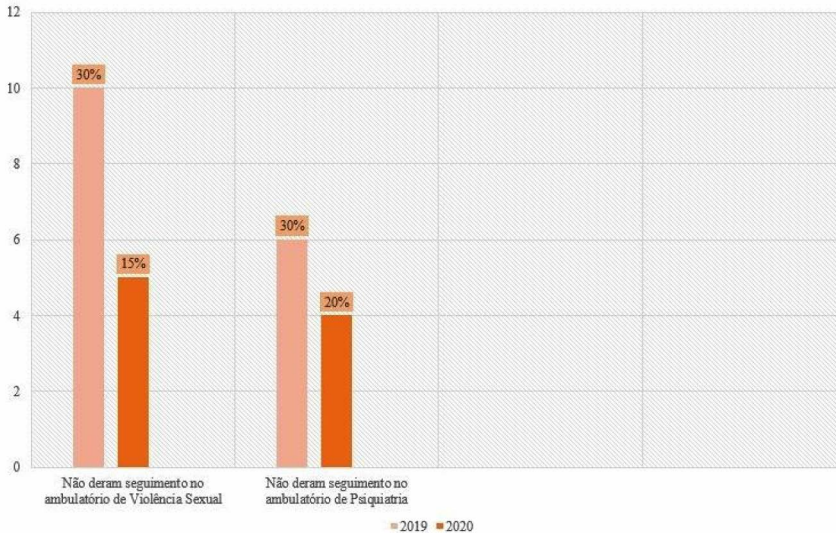
GRÁFICOS 3. Gestações decorrentes de violência sexual em 2019-2020



GRÁFICOS 4. Profilaxias realizadas pelas vítimas atendidas em 2019-2020



GRÁFICOS 5. Análise do seguimento dos atendimentos prestados em 2019-2020



REFERÊNCIAS

1. OKABAYASHI, N.Y.T. *et al.* Violência contra a mulher e feminicídio no Brasil - impacto do isolamento social pela COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**. Mai. 2020, 13;3:4511-4531.
2. BATESON, D.J.; LOHR, P.A.; NORMAN, W.V. *et al.* The impact of COVID-19 on contraception and abortion care policy and practice: experiences from selected countries. **BMJ Sexual & Reproductive Health** 2020; 46:241-243.
3. MARQUES, Emanuele Souza; MORAES, Claudia Leite de; HASSELMANN, Maria Helena; DESLANDES, Suely Ferreira; REICHENHEIM, Michael Eduardo. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cad. Saúde Pública**. 2020; 36(4): e00074420. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000400505&lng=en. Epub 30 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074420>. Acesso em: 28 mar. 2021.

4. BRASIL. Coronavírus: sobe o número de ligações para canal de denúncia de violência doméstica na quarentena. Brasil: Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos (ODNH), do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH); 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/marco/coronavirus-sobe-o-numero-de-ligacoes-para-canal-de-denuncia-de-violencia-domestica-na-quarentena>. Acesso em: 28 mar. 2021.
5. ASSIS, M.P.; LARREA, S. Why self-managed abortion is so much more than a provisional solution for times of pandemic. **Sex Reprod Health Matters** 2020; 28(1):1779633. DOI: 10.1080/26410397.2020.1779633.
6. FONSECA, Sandra Costa; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo; AQUINO, Estela M. L.; MENEZES, Greice M. S. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cad. Saúde Pública**. 2020; 36 (Suppl 1): e00189718. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2020001302001&lng=pt. Epub 10 fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00189718>. Acesso em: 23 mar. 2021.
7. 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. Brasília, 2020a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>. Acesso em: 10 jan. 2021.
8. BRASIL. Ministério da Cidadania. **Portaria nº 54**, de 1 de abril de 2020. Dispõe sobre a disseminação do novo coronavírus (COVID-19) e as medidas adotadas no âmbito de estados, municípios e do Distrito Federal para prevenir a disseminação do vírus. Diário Oficial da União. Brasília, 2020a. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-54-de-1-de-abril-de-2020-250849730>. Acesso em: 09 mar. 2021.
9. RUIZ-PÉREZ, I.; PASTOR-MORENO, G. Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. **Gac Sanit**. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.005>
10. BRASIL. Atos do Poder Legislativo. **Lei nº 13.979**, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União. Brasília, 2020a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>. Acesso em: 09 mar 2021.

11. COHEN, M.A. *et al.* Special ambulatory gynecologic considerations in the era of coronavirus disease 2019 (COVID 19) and implications for future practice. **Am J Obstet Gynecol** 2020; 223(3):372-378. DOI:10.1016/j.ajog.2020.06.006. Epub 06 jun. 2020.
12. PARSONS, J.A. The telemedical Imperative. **Bioethics**. 2021; 00:1-9. <https://doi.org/10.1111/bioe.12847>.
13. BRASIL. **Lei nº 13.989**, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Diário Oficial Da União. Publicado em 16/04/2020, Edição 73, Seção: 1, Página: 1. Brasília, 2020c.
14. KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia G.C.; KLUTHCOVSKY, Fábio Aragão. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**. 2009; 31(3 Suppl). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000400007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000400007>. Acesso em: 23 mar. 2021.