

Florianópolis – 23 a 25 de outubro de 2017

SERVIÇO SOCIAL E ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

SEXUAL: Experiência de um Hospital Geral

BAIGORRIA, Judizeli

OLIVEIRA, Maria do Rosário de Lima

SILVA, Roseane Rosana da

SOBIERANSKI, Cristiane Borghezani

RESUMO:

O presente trabalho destaca a atuação da/o Assistente Social nos casos de violência sexual (VS) como profissional que venha a contribuir na atenção e apoio à saúde, com vistas à garantia de direitos. Aborda-se o resgate na temática em relação à atenção às violências, legislação vigente, enfatizando a atuação do Serviço Social do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Destacam-se os dados dos atendimentos de Serviço Social entre maio de 2016 e junho de 2017, com mulheres a partir de 14 anos, de acordo com banco de dados próprio, os quais são dialogados com a literatura em relação às temáticas de gênero e violências de gênero. É possível observar, a partir destes dados, as possibilidades de ampliação da atuação do Serviço Social diante das violências, possíveis encaminhamentos e conduções na perspectiva da transversalidade de gênero e equidade de gênero.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Sexual; Saúde da Mulher; Serviço Social.



1. Introdução

A violência é um problema social, de segurança e de saúde pública, que provoca impactos nos indivíduos e nas relações sociais. Pode ser caracterizada nas suas diferentes formas: autoviolência, violência cultural, violência estrutural, violência institucional, violência interpessoal, violência de gênero, violência doméstica, violência patrimonial, violência psicológica, violência sexual e violência moral.¹

A determinação de gênero, de acordo com as diferenças sexuais, é histórica e naturalizada nas relações sociais dentro da cultura patriarcal, também como forma de expressão de poder. As violências de gênero reiteram-se nesse contexto e ocorrem no âmbito de toda a sociedade, embora se expressem, na maior parte das vezes, nos ambientes privados (LISBOA, 2014; BUTLER, 2006; CAVALCANTI, SILVA e ZUCCO, 2005; GIFFIN, 1994).

A violência às mulheres é algo tolerado culturalmente, vista a autoridade atribuída ao homem socialmente. Há uma discrepância importante sobre como as mulheres relatam violências graves sofridas em relação às perpetradas relatadas pelos homens, apresentando discurso que atribui formas de violência mais “aceitáveis”. As diversas formas de confirmação e negação das violências tendem a culpabilizar, responsabilizar e desqualificar a mulher (SILVA, COELHO e NJAINE, 2014). De fato, há forte inequidade de gênero em relação às violências e comportamentos sexuais, estes sendo autorizados aos homens e condenados às mulheres (FRANCISCO et al., 2013). Neste trabalho pretende-se destacar, a partir da violência de gênero, a violência sexual.

A Lei 12.845/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral às pessoas em situação de violência sexual, destaca em seu artigo 2º, a ampliação da definição de violência sexual, considerada como “(...) qualquer forma de atividade sexual não consentida”, considerando que nesse ato está presente a violação de todos os aspectos que constituem a dignidade e os direitos da pessoa. Ainda, expressa-se como forma de controle dos corpos femininos, através da imposição sexual por parte de outros. Torna-se, portanto, uma forma de violação de direitos humanos, além de impactar social e economicamente a saúde pública (MONDIN et al, 2016; DOSSA et al, 2015; CAVALCANTI, SILVA e ZUCCO, 2005).

Como forma de garantir a efetividade desses direitos, é legitimada a criação, manutenção e capacitação dos serviços especializados na atenção às pessoas em situação

¹ Conforme especificado por Minayo (2013) e caracterização dos tipos de violência na Lei 11.340/2006 – Lei Maria da Penha.



de violência (PNPM, 2013; PNAISM, 2004).

No Brasil, segundo o Mapa da Violência de 2015, 11,9% dos casos de violência contra a mulher são do tipo sexual. A prevalência foi maior entre as adolescentes (12 a 17 anos), sendo de 24,3%; enquanto nas mulheres jovens (18 a 29 anos) foi de 6,2%, e nas adultas (30 a 59 anos) 4,3%. Em relação ao local da violência há predominância do espaço doméstico, representando 71,9% dos casos (WAISELFISZ, 2015). Vale lembrar que estes dados relacionam-se às notificações realizadas no ano de 2014, portanto, referem-se aos casos atendidos. Estima-se que apenas entre 10 e 20% das situações sejam notificadas. Em 2015 ocorreram 45.460 casos de estupro no Brasil, em média 125 por dia, havendo um declínio de 10% em relação aos relatados no ano anterior (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2016).

Em âmbito mundial, a OMS estima que a cada ano, 12 milhões de pessoas sofrem violência sexual. Porém, essa estatística representa ser menor do que a realidade, considerando que muitos casos acontecem nos contextos intrafamiliares (incesto, o estupro e, em especial, o sexo forçado por parceiros íntimos) não chegando ao conhecimento público (SHOHEL et al., 2014).

As orientações internacionais e nacionais em relação ao atendimento em casos de violência, bem como a literatura, destacam a importância de atenção integrada interinstitucional, e dentro de cada instituição, atenção multiprofissional com vistas à interdisciplinaridade (BANDEIRA, 2005). Destaca-se a importância do preparo, capacitação dos profissionais envolvidos com vistas à qualidade do atendimento e eficácia dos encaminhamentos (CAVALCANTI, SILVA e ZUCCO, 2005).

A implementação de normativas a direcionarem serviços especializados de atenção às pessoas em situação de violência, inclusive violência sexual, vão nesta direção. Como marcos principais desse processo, tem-se: Conferência do Cairo (1994), Conferência de Beijin (1995), (ambas em esfera mundial); Convenção de Belém do Pará (1994, interamericana); Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1985), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2004, 2008, 2013), Normas Técnicas do Ministério da Saúde (1999, 2005, 2010, 2011, 2012, 2015), Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2011), Portaria MS 1508/2005, Decreto 7958/2013, Portaria MS 485/2014, Portaria Interministerial MJ e MS/2015 (esfera nacional). Dentre outras diretrizes ministeriais que orientam a atenção multiprofissional diante das violências.

Para contribuir nesta discussão, trazendo parte da experiência do Serviço Social no âmbito da saúde, destacamos neste texto os atendimentos realizados em um Hospital de referência às mulheres em situação de violência sexual, relacionando-os com discussões concernentes ao tema.



2. Aportes e diálogos com a atuação do Serviço Social frente à Violência Sexual (VS)

Atualmente, os serviços de saúde disponíveis para atenção às pessoas em situação de violência sexual são emergências/urgências, serviços ambulatoriais e da Estratégia de Saúde da Família. Os profissionais da área da saúde são requisitados, no contexto hospitalar, a assistir, orientar e encaminhar as situações de violência sexual em fase aguda, aquela ocorrida dentro de 72 horas, ou as demandas de interrupção da gestação por VS. Porém, compreende-se a importância da identificação das violências, mesmo que elas não cheguem à instituição como uma demanda expressa ou de urgência.

Em Santa Catarina, na cidade de Florianópolis, com o objetivo da melhoria nos serviços e atenção integral às situações, e em consonância com os preceitos nacionais e internacionais relativos ao tema, as instituições existentes no município, como a UFSC, serviços de Saúde, Segurança Pública, Assistência Social, Conselho Tutelar, e Organizações Não-Governamentais implementaram, no ano 2000, a Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual - RAIVVS. Em 2015, passa a denominar-se Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual – RAIVS, gerenciada pela Secretaria Municipal de Saúde, através da Coordenadoria da Promoção da Saúde. Há um protocolo municipal vigente, com lançamento de sua última versão em 2016 o qual prevê, além da forma e estrutura dos serviços, a capacitação da equipe de profissionais envolvidos no atendimento.

Tal iniciativa se apresenta em âmbito nacional, com ações articuladas através da criação de redes regionais e municipais, visando a integralidade das ações que envolvem as situações de violência de gênero, compreendendo a violência sexual. (MJ, MS e SPM, 2015; SES-SC, 2016).

3. Dados dos atendimentos do Serviço Social às mulheres em situação de VS entre 2016 e 2017

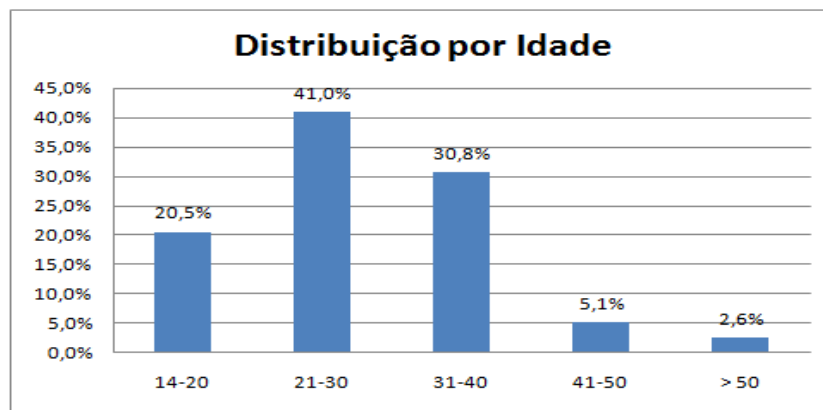
Diariamente, o HU/UFSC recebe um número expressivo de mulheres em situação de violência, sendo possível verificar uma grande diversidade de raça, condição socioeconômica, orientação religiosa, idade e identidade de gênero. Muitos são os relatos dessas mulheres que, cotidianamente, estão submetidas às mais diversas manifestações da violência, sejam elas de ordem física, sexual, patrimonial ou psicológica. Diante disso, foi realizado um levantamento de dados com base nos registros de atendimento do Serviço Social, permitindo a identificação de aspectos relacionados ao contexto da VS, quais sejam:



idade das mulheres em situação de violência; tempo de procura pelos serviços de saúde; dados do agressor; ocorrência de gestação e interrupção legal, dentre outros.

Foram analisados 39 casos de atendimentos realizados no período de Maio de 2016 a Junho 2017, os quais são categorizados por idade com faixas que variam de 14 a 54 anos, conforme ilustrado no gráfico da Figura 1. É possível verificar que 61.5% dos atendimentos são de mulheres com idade que variam dos 14 aos 30 anos (sendo a maioria entre 21-30 anos), e 38.5% de mulheres com idade superior a 30 anos.

Figura 1. Distribuição dos casos categorizados por idade



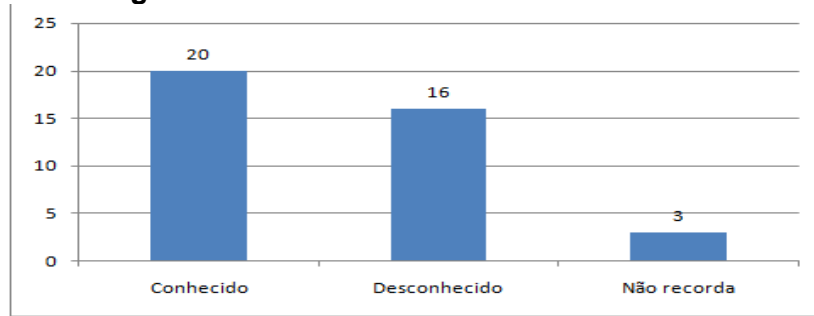
Fonte: Banco de dados do Serviço Social - HU/UFSC

Um dado que nos chamou atenção nesse levantamento foi a diferença encontrada entre o tempo de ocorrência e procura pelos serviços - em média de 26,4 dias - o qual se estende à medida que se considera o aumento da faixa etária. Tal relação, no entanto, não pode ser considerada de forma absoluta, já que a demora pela procura por atendimento também pode ocorrer devido a fatores como: a não identificação imediata da violência sexual, por esta ocorrer, em muitos casos, no âmbito das relações afetivas; receio em se expor ao relatar a situação; ou somente com a descoberta da gestação resultante da VS.

No que se refere ao perfil do autor da violência, 51,3% deles são conhecidos por parte das mulheres que sofreram VS (Figura 2). Tal fato corrobora como influência à procura tardia por apoio e atendimento em serviços especializados, além da possibilidade de ocorrência de gestação pela VS. Porém, 41,0% dos autores não são identificados, o que pode favorecer a continuidade e conseqüente aumento de ocorrências.



Figura 2. Autor da Violência sexual



Fonte: Banco de Dados do Serviço Social - HU/UFSC

Em muitos casos, a consequência dessa violência é uma gestação indesejada, a qual por lei a mulher tem o direito de realizar o procedimento de interrupção legal. Em 2005, o Ministério da Saúde instituiu a portaria nº 1.508, que dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O HU/UFSC é um dos serviços de referência para a realização da interrupção legal da gestação e, por isso, os casos são encaminhados e atendidos pela equipe multiprofissional. Essas mulheres são encaminhadas inicialmente para o Serviço Social da área da Saúde da Mulher, onde recebem acolhimento e orientações acerca do protocolo e de seus direitos, tais como a possibilidade de realização de boletim de ocorrência, caso a usuária deseje, e esclarecimentos acerca da rede de serviços disponíveis para suporte. Após, também são encaminhadas e acolhidas pelos profissionais da Psicologia, Medicina e Enfermagem, que dão prosseguimento ao protocolo. Como forma de otimizar o atendimento e evitar a exposição e a repetição da situação pela usuária, preconiza-se que as abordagens sejam em conjunto (no máximo dois profissionais) e que haja o diálogo para troca de informações entre a equipe. Desta forma, o atendimento de Serviço Social, muitas vezes, ocorre em conjunto com a Psicologia.

Com as orientações mencionadas, e havendo a decisão da mulher, inicia-se a formalização documentada para realização da interrupção da gestação, no qual a equipe de saúde e a mulher se responsabilizam pelo mesmo, com a assinatura de Termos e Pareceres². Além disso, preenche-se a Notificação compulsória via Ficha de Notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Então, providencia-se a internação (a qual deve ocorrer, preferencialmente, na Unidade de Internação Ginecológica) para a realização do procedimento. Após o período de observação clínica, a mulher recebe alta hospitalar, com orientações para que retorne à consulta médica ambulatorial no HU/UFSC.

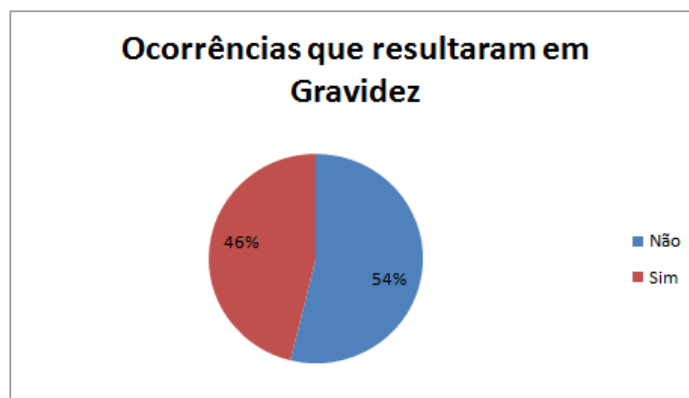
² Tal documentação inclui Termo de Relato Circunstanciado, Termo de Responsabilidade e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte da mulher; Parecer Técnico do Médico e Termo de Aprovação do Procedimento por parte dos profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).



Dessa forma, o atendimento do Serviço Social à mulher busca, de acordo com aquilo que é previsto a partir de uma perspectiva de humanização, minorar os impactos causados pela situação de violência vivenciada, além de oferecer o suporte necessário para o enfrentamento dessa realidade. Ainda, a/o Assistente Social atuando diante das violências, torna-se uma referência em relação ao caráter socioeducativo dos atendimentos e de articulação intra e interinstitucional necessária (LISBOA, 2014).

Na Figura 3 consta a porcentagem de atendimentos realizados pelo Serviço Social nas situações de VS, nos quais 46% resultaram na ocorrência de gestação, evidenciando, nesses casos, a dificuldade de procura pelos serviços de atendimento, imediatamente após a ocorrência da VS. Sendo a decisão cabível à mulher, em tais casos, pela continuidade ou não da gestação, há ainda uma necessidade de ampliação da discussão em relação à interrupção desta como direito sexual e reprodutivo das mulheres, enquanto questão de saúde pública (DINIZ, MEDEIROS e MADEIRO, 2017).

Figura 3. Ocorrências que resultaram em gravidez



Fonte: Banco de Dados do Serviço Social - HU/UFSC

Ainda de acordo com informações obtidas através dos atendimentos, verifica-se que as mulheres, ao relatarem sobre a decisão pela interrupção, remetem a gestação à situação da VS, sendo de grande sofrimento mantê-la em segredo para sua rede de apoio; acabam, dessa forma, relatando a situação apenas no atendimento hospitalar, ou para poucas pessoas de sua rede.

Em todos os casos em que a gravidez foi identificada, apenas três (03) não foram realizados o procedimento de interrupção legal. Em um dos casos, a idade gestacional já havia ultrapassado àquela preconizada no protocolo da instituição³ e em outros dois, por conta da dúvida sobre a idade gestacional, foi solicitado retorno em outra data porém, as usuárias não retornaram ao serviço.

³ O Ministério da Saúde preconiza que a idade gestacional para a realização da interrupção seja até a 22ª semana. No HU/UFSC, o protocolo estabelece que o procedimento seja realizado até a 19ª semana gestacional.



Figura 4. Gráfico de gestações interrompidas



Fonte: Banco de Dados do Serviço Social do HU/UFSC

Para além das situações de gestação ocorrida por violência sexual, existe uma grande porcentagem de mulheres que engravidam contra a sua vontade, mas que não fazem parte dos dados relatados, pois o aborto no Brasil é considerado crime e não há a atenção devida enquanto discussão de saúde pública. Em consequência, essas mulheres prosseguem com abortos inseguros e longe das vistas das unidades de saúde acarretando, muitas vezes, sequelas irreversíveis em suas vidas ou até mesmo morrem por falta de assistência. Quando se trata de mulheres em situação de vulnerabilidade social, o número de abortos clandestinos é mais elevado, pois submetem-se a procedimentos precários ou sem assistência. Por isso, as discussões sobre a legalização do aborto são pertinentes, no que diz respeito à saúde da mulher na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Há muito que avançar em políticas públicas que priorizem essas questões (DINIZ, MEDEIROS e MADEIRO, 2017).

4.Considerações

Diante dos dados apresentados, evidenciam-se os serviços de saúde como espaços de atenção aos casos de violência sexual, compreendendo-a também enquanto questão de saúde pública. Dessa forma, os profissionais de saúde e as/os Assistentes Sociais são convocadas/os a ocuparem-se das situações com orientações e, muitas vezes, mediações dos casos, com vistas a garantir a efetivação de direitos.

Além disso, os profissionais e os serviços de saúde e outras políticas relacionadas devem estar preparados para atendimento adequado e também para a disseminação de mecanismos preventivos aos agravos decorrentes da violência sexual, pois além do sofrimento, são evidentes os impactos na saúde nos aspectos físico, mental, sexual e reprodutivo.

Esse contexto faz parte do cotidiano dessas mulheres, exigindo esforços que contemplem as suas reais necessidades. Isto passa pela educação e promoção da saúde em relação ao autocuidado e cuidado com o outro. Além disso, torna-se cada vez mais



necessária uma formação social embasada em temas relacionados aos direitos humanos, sexualidade, empoderamento das mulheres diante das iniquidades e relações de violência, e políticas públicas baseadas em transversalidade de gênero, enquanto busca da equidade de gênero.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, Lourdes. CEPAL. BRASIL. SPM. **Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres: Avançar na Transversalidade da Perspectiva de Gênero nas Políticas Públicas**. Brasília. 2005.

BRASIL. Decreto 7958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.

_____. Lei nº 12.845, de 1º de Agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

_____. Lei nº 11.340, de 7 de Agosto de 2006. Lei Maria da Penha.

_____. Ministério da Saúde. Redefinição de funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria 485, de 1º de abril de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual**. 2.ed. Brasília. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília. 2004.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional Pelo Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Coleção Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília. 2011.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015**. Brasília. 2013.

BUTLER, Judith. **Deshacer el género**. 4. ed. Barcelona: Paidós Ibérica, 2006.

CAVALCANTI, L. F.; SILVA, M. M. V. de A.; ZUCCO, L. P.. A Extensão Universitária na prevenção da violência sexual. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.6, n.2, p.23-28, jun.2005.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A.. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(2):653-660, 2017.

DOSSA, N. I. et al. Mental Health Disorders Among Women Victims of Conflict-Related Sexual Violence in the Democratic Republic of Congo. **Journal of Interpersonal Violence**. Vol. 30(13) 2199–2220. 2015



FLORIANÓPOLIS. Protocolo de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual. 3.ed. 2016.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. Ano 10. São Paulo. 2016.

FRANCISCO, L. et al. Violence Against Women and HIV Risk Behaviors in Kampala, Uganda: Baseline Findings from the SASA! Study. **Violence Against Women**. 19(7) 814–832. 2013.

GIFFIN, Karen. Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10 (suplemento1), 146-155, 1994.

LISBOA, Teresa Kleba. Violência de Gênero, Políticas Públicas para o seu Enfrentamento e o Papel do Serviço Social. **Temporalis**. Brasília, ano 14, n. 27, p. 33-56, jan./jun. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Impactos da Violência na Saúde. Conceitos, Teorias e Tipologias de Violência: a Violência Faz Mal à Saúde**. 2013. Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_mulher/capacitacao_rede%20modulo_2/205631-conceitos_teorias_tipologias_violencia.pdf. Acesso em 30 de junho de 2017.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coletas de Vestígios**. Brasília. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento**. 2.ed. 2011.

_____. **Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**. 3.ed. Brasília. 2012.

_____. **Portaria nº 1.508/GM, de 1º de setembro de 2005**. Dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial Uniao. 8 jul 2005.

MONDIN, T. C. et al. Sexual violence, mood disorders and suicide risk: a population-based study. **Ciência e Saúde Coletiva**, 21 (03): 853-860. 2016.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual: Formação de Rede Intersectorial. Comitê Estadual de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual e Outras Violências. Florianópolis. Agosto. 2016.

SHOHEL, M. et al. A systematic review of effectiveness and safety of different regimens of levonorgestrel oral tablets for emergency contraception. **BMC Women's Health**. 14:54. 2014.

SILVA, A.C.L.G da; COELHO, E. B. S.; NJAINE, K.. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 19(4):1255-1262, 2014.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2015: Homicídio de Mulheres no Brasil**. Brasília. 2015.