MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

COMUNICAÇÃO E MÍDIA

PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PARA MULHERES E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL

1ª edição
1ª reimpressão

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Editora MS

Brasília – DF
2009

© 2007 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na
Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs
O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:
http://www.saude.gov.br/editora

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 1ª edição – 1ª reimpressão – 2009 – 2.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde da Mulher
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 6.º andar, sala 629
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 3315-2933
Fax: (61) 3315-3403
E-mail: saude.mulher@saude.gov.br
Home page: http://www.saude.gov.br

Realização:
Instituto Patrícia Galvão – Comunicação e Mídia

Coordenação do Projeto:
Jacira Melo

Consultoria:
Cristião Fernando Rosas

Colaboração:
Cláudia Araújo de Lima
Maria José de Oliveira Araújo

Pesquisa e redação:
Marisa Sanematsu

Apoio:
UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
Comunicação e mídia para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.
88 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 978-85-334-1406-8

1. Violência doméstica. 2. Violência sexual. 3. Comunicação. I. Título. II. Série.

NLM WA 308

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0233

Títulos para indexação:
Em inglês: Midia and Communication for Health Professionals who Attend Women and Adolescents that Suffered Domestic and Sexual Violence
Em espanhol: Comunicación y Media para Profesionales de Salud que Trabajan en los Servicios de Atención para Mujeres y Adolecientes en Situación de Violencia Doméstica y Sexual

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774/2020
Fax: (61) 3233-9558
Home page: http://www.saude.gov.br/editora
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe Editorial:
Normalização: Heloiza Santos
Revisão: Mara Soares Pamplona
Capa, projeto gráfico e diagramação: Fabiano Bastos
Impressão, acabamento e expedição: Editora MS

Sumário

A história do parceiro Instituto Patrícia Galvão 5
Quem foi Patrícia Galvão 5

Introdução 7
Violência contra a mulher: assunto de grande interesse da mídia e da sociedade 7
Dicas para um bom desempenho na mídia 8

Mídia e saúde: bom relacionamento 11
O profissional de saúde é um porta-voz do serviço 11
Os serviços na mídia 12
Portanto, se você for procurado pela imprensa 12

O que você precisa saber para entender a lógica da mídia 15
Toda notícia é uma informação, mas nem toda informação é notícia 15
A mídia precisa de informações e fontes 15
Cada veículo tem um público 15
Ouvir o outro lado 16
Nem tudo é culpa do repórter 16
Gêneros jornalísticos 17

Lembretes que fazem um bom porta-voz 19

Dicas para situações de entrevista na TV e no rádio 23
Você na TV 23
Algumas dicas básicas 24
Vamos para a entrevista 24
Particularidades do rádio 26
Para ser uma boa fonte para programas de rádio 27
No rádio, a linguagem é fundamental 28

Argumentos de profissionais de saúde na imprensa 29

Informações úteis para situações de entrevista 41
Sobre a violência contra mulheres e adolescentes 41
Conceito 41
Formas de violência 41
De onde vem a violência contra a mulher? 42
Magnitude da violência contra as mulheres 43
No mundo 43
No Brasil 44

A relação entre violência e saúde 44
Violência sexual no Brasil 45
Maioria dos estupros não é denunciada 45
Registro de ocorrências de violência sexual 47

Aspectos éticos e legais 51
Violência doméstica contra a mulher 51
Notificação compulsória 51
Tipificação da violência sexual 52
Atendimento de crianças e adolescentes 52
Aborto previsto em lei 53
Aborto seletivo em caso de anomalia fetal incompatível com a vida 54
Aborto no sistema público de saúde 55
Consentimento da mulher 55
Dispensa de documentos 56
Procedimentos para interrupção da gravidez no SUS 57
Omissão 59
Resistência ao abortamento 59
Objeção de consciência 60

Sobre o funcionamento dos serviços 63
Capacitação, ampliação e consolidação de redes 63
Identificação e encaminhamento de casos 64
Serviços de aborto previsto em lei 65
Exemplos importantes 66
Dossiê coletou dados sobre os serviços 67
Apoio psicossocial 70
Os primeiros procedimentos 71
Resistência da classe médica ao uso da contracepção de emergência 72
Em caso de gravidez 73
Alguns conceitos sobre abortamento 74
Procedimentos para interrupção da gravidez 74

Referências 77
Outras fontes de informação e *links* de interesse 83

A história do parceiro Instituto Patrícia Galvão

O Instituto Patrícia Galvão – Comunicação e Mídia é uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, criada em 2000. As sócias-fundadoras do Patrícia Galvão atuam há mais de 20 anos no campo da comunicação política e dos direitos das mulheres.

Suas **áreas de trabalho** são a comunicação e a mídia, consideradas estratégicas nos projetos de transformação cultural, social e política.

Seu **ideal** é uma comunicação de massa cada vez mais democrática, plural, não-sexista e não-racista.

Seus **objetivos** são dar visibilidade na mídia a temas críticos que envolvam a violação dos direitos das mulheres; realizar ações de capacitação em mídia para lideranças sociais e profissionais de educação e saúde; fortalecer os movimentos de mulheres em suas ações de comunicação junto à mídia; realizar estudos, pesquisas e publicações sobre questões relacionadas à realidade das mulheres; e promover ações de comunicação que levem a mudanças culturais, de comportamento e mentalidade voltadas ao respeito aos direitos humanos das mulheres.

Entre as suas principais atividades, destacam-se:

- treinamentos de mídia;
- campanhas publicitárias com temas sociais para rádio e TV;
- pesquisas de opinião;
- *site, blog* e portal na Internet;
- publicações.

Quem foi Patrícia Galvão

Patrícia Rehder Galvão (1910–1962), conhecida como Pagu, foi jornalista, escritora e ativista política. Para saber mais, leia: *Paixão Pagu: a autobiografia precoce de Patrícia Galvão* (Agir, 2005) e *Pagu Patrícia Galvão: livre na imaginação, no espaço e no tempo*, de Lucia M.T. Furlani (Unisanta, 1999).

Introdução

Esta publicação tem o objetivo de contribuir para que você, profissional de saúde que atua nos serviços de atenção a mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, aperfeiçoe a prática de conceder entrevistas, preparar *releases* e subsidiar com informações os diferentes tipos de veículos de comunicação (jornal, revista, TV, rádio e Internet), capacitando-se como um porta-voz dos serviços e uma fonte com credibilidade para a imprensa. Com esta publicação, você irá se familiarizar com as regras básicas do relacionamento com a mídia e entender um pouco o funcionamento e as particularidades de cada veículo, para obter o máximo proveito desse contato.

Por estar lidando com questões e procedimentos complexos e muitas vezes polêmicos – como violência doméstica, estupro, contracepção de emergência e interrupção da gravidez – é importante que o profissional de saúde aprenda a lidar com a mídia de uma forma muito mais educativa do que técnica. Ao mesmo tempo, é preciso estar preparado para o imprevisível. Por isso esta publicação traz informações organizadas e exemplos de argumentos que já foram publicados na imprensa sobre as principais questões relacionadas ao atendimento humanizado e aos procedimentos adotados nos serviços de atenção a mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Violência contra a mulher: assunto de grande interesse da mídia e da sociedade

Entre os muitos assuntos sobre saúde da mulher e direitos reprodutivos que atraem a opinião pública, a violência contra a mulher e, em especial a violência sexual, o estupro e a interrupção da gravidez estão entre os temas que mais despertam a atenção e, muitas vezes, dividem as opiniões.

Os profissionais de saúde, que atuam nos serviços, são fontes de informações procuradas com freqüência pelos jornalistas para dar entrevistas e fornecer dados que irão compor reportagens sobre casos de violência sexual e procedimentos no Sistema

Único de Saúde (SUS) para interrupção da gravidez em casos de estupro e de risco de vida da gestante, previstos no Código Penal brasileiro, ou de fetos inviáveis, isto é, com problemas graves como anencefalia, cujo abortamento é autorizado judicialmente. Por seu conhecimento técnico e sua experiência na aplicação de práticas humanizadas, o profissional de saúde que trabalha na atenção aos casos de violência é considerado uma fonte de informação especializada, uma voz de referência reconhecida pela mídia e pelo público e também um porta-voz dos serviços.

Dicas para um bom desempenho na mídia

Antes de qualquer entrevista, é importante refletir: o que tenho a informar? Como transmitir ao público as normas técnicas do SUS de forma simples e clara? Como comunicar para a população do meu estado sobre quais são os procedimentos e cuidados da equipe? Como explicar que o serviço existe para prestar um atendimento humanizado a mulheres que sofreram violência, dando a elas acesso a um direito fundamental, que é o direito à saúde, física e mental?

Para um bom desempenho, é preciso estar preparado e saber com clareza o que é mais importante enfatizar na entrevista. É necessário também dispor de um conjunto de informações e técnicas essenciais sobre como se comunicar e se relacionar positivamente com a imprensa.

Nos casos de entrevistas, algumas dicas apontam para questões essenciais, como: planejar sua participação na entrevista, pensando nas possíveis perguntas e em quais seriam as suas respostas; ser conciso, simples e direto; não dar uma informação "em *off*" ou confidencial para um profissional de imprensa, entre outras.

Ao mesmo tempo, na relação com a imprensa, é muito útil ter uma noção da lógica da produção da notícia. Esta publicação traz algumas informações básicas, como por exemplo: o que é notícia? Qual é o papel das fontes de informação, isto é, os profissionais de saúde, que para a mídia são os especialistas no assunto? As particularidades de cada veículo e seus diferentes públicos.

Na seção *Argumentos de profissionais de saúde na imprensa*, são apresentados alguns exemplos de respostas e comentários de profissionais de saúde que atuam nos serviços. No Anexo estão reproduzidas, na íntegra, duas entrevistas em profundidade, concedidas por dois ginecologistas obstetras com grande conhecimento e experiência sobre o atendimento aos casos de aborto permitido em lei, que foram publicadas em jornais de circulação nacional.

Especialmente elaborado para você, profissional de saúde, que atua nos serviços de violência doméstica e sexual, esta publicação traz dicas e técnicas sobre diferentes situações e maneiras de expor idéias e apresentar a sua imagem como profissional e a imagem do serviço na mídia. O objetivo é contribuir para que os profissionais de saúde mantenham um relacionamento positivo e eficiente com a mídia, divulgando os serviços para a população e enfatizando sua importância para o acesso das mulheres ao direito a uma atenção especializada nos casos de violência doméstica e sexual.

Mídia e saúde: bom relacionamento

A mídia é um importante veículo para esclarecer a importância da atenção à violência doméstica e sexual através do SUS. Dada a complexidade dos temas envolvidos nessa questão – que precisam considerar percepções culturais, morais e de crenças – é essencial o preparo da mídia e dos profissionais de saúde para evitar incompreensões ou provocar uma visão deturpada sobre o atendimento prestado pelos serviços.

Para que a realidade das mulheres e adolescentes, que estão inseridas em situações de violência doméstica e sexual, e a atenção que elas estão recebendo por meio do SUS ganhem relevância no debate social é necessário: compartilhar com a comunidade os resultados dos trabalhos prestados; expor os procedimentos e seus critérios; enfatizar a preocupação com a violação dos direitos de mulheres e adolescentes; e esclarecer o sentido das políticas públicas em execução. Para disseminar esse conhecimento junto à sociedade, a imprensa tem sido o principal canal de comunicação dos profissionais de saúde.

O profissional de saúde é um porta-voz do serviço

Ao legitimar-se como fonte qualificada na área da violência doméstica e sexual contra a mulher, o profissional de saúde é incluído na lista de contatos que os jornalistas mantêm, composta pelas fontes consideradas representativas, confiáveis e bem formadas, e que têm um conjunto de dados, informações e experiências relevantes para transmitir à sociedade. Assim, sua contribuição aos jornalistas, como profissional de saúde, será fundamental para a contextualização das informações e para o esclarecimento de aspectos não apenas técnicos, mas também humanos que estão envolvidos no atendimento a casos de violência doméstica e sexual contra mulheres e adolescentes.

Devido ao número ainda reduzido de serviços especializados de atenção a vítimas de violência em funcionamento no país,

é bem possível que você, profissional de saúde, seja procurado pela imprensa para falar sobre sua experiência, o funcionamento do serviço e o perfil das vítimas de violência doméstica e sexual que a ele recorrem.

Os serviços na mídia

Em 2004 e 2005, três questões relacionadas aos serviços de atenção à violência doméstica e sexual geraram grandes polêmicas e foram parar nos jornais, colocando os profissionais de saúde, que trabalham nos serviços, entre as principais fontes de informações e opiniões da imprensa:

- distribuição da contracepção de emergência nos serviços públicos de saúde;
- autorizações judiciais para o abortamento de fetos com anencefalia ou outra anomalia grave e irreversível, seguidas pelo intenso debate sobre a liminar concedida pelo ministro Marco Aurélio Mello, do Supremo Tribunal Federal, autorizando a interrupção da gestação de fetos com anencefalia e suspendendo todos os processos criminais contra mulheres e profissionais de saúde acusados da prática de abortamento em casos como esse;
- não obrigatoriedade do Boletim de Ocorrência para a realização de aborto, no caso de gravidez decorrente de estupro, foi incluída na versão atualizada da Norma Técnica do Ministério da Saúde.

Portanto, se você for procurado pela imprensa

Lembre-se que o repórter trabalha em geral com prazos curtos, em função de um esquema rígido que tem como regra principal o respeito ao horário de fechamento do jornal. Assim, caso você não tenha condições de atender o jornalista em um dado momento, diga a ele quais seriam a melhor hora e o local para a entrevista.

Tenha sempre uma atitude pedagógica. Procure ser paciente, pois o jornalista não possui o mesmo conhecimento aprofundado do assunto que você. Ele não sabe, mas sabe quem sabe,

por isso procurou você e está pedindo a sua colaboração para explicar o assunto para quem, de maneira geral, entende menos ainda, que é o leitor. Se você perceber que é necessário, procure antes da entrevista conversar didaticamente com o repórter sobre as questões principais que envolvem o tema.

Após a entrevista, procure deixar a porta aberta para futuros contatos. Você pode dar sugestões de pautas interessantes sobre o mesmo assunto ou outras questões. Dê seu cartão de visitas e anote nele o assunto sobre o qual você é fonte de informações. Se só houver a referência de que você é um profissional de saúde, ele pode não se lembrar de que você trabalha especificamente em um serviço que atende vítimas de violência sexual.

O que você precisa saber para entender a lógica da mídia

Toda notícia é uma informação, mas nem toda informação é notícia

"É notícia tudo o que for do interesse da sociedade e provocar alguma reação em um grupo de pessoas" (BARBEIRO, 2002, p. 44). Pode-se dizer, de maneira geral, que a notícia jornalística é a "informação atual, verdadeira, carregada de interesse humano e capaz de despertar a atenção e a curiosidade de grande número de pessoas" (AMARAL, 1978, p. 60). Assim, para ser notícia, a informação tem que ter como características principais: atualidade, veracidade, interesse humano e social e amplo raio de influência. A esses elementos podemos acrescentar também: proximidade, raridade e curiosidade.

A mídia precisa de informações e fontes

Como porta-voz dos serviços e fonte de informações, tenha sempre em mente que a sua relação com a imprensa é uma relação de troca. A mídia quer notícia, de preferência repleta de informações que sejam atraentes para seus leitores. Os serviços e os profissionais de saúde querem divulgar seus trabalhos, fornecer informações e esclarecer dúvidas. Trata-se, portanto, de uma relação de duas vias, na qual ambas as partes têm interesse em que a notícia chegue aos leitores da forma mais correta e interessante que for possível.

Cada veículo tem um público

E cada público tem seu perfil, isto é, suas características próprias. Ao dar uma entrevista, procure ter em mente que você não está falando para um repórter, mas para a audiência do veículo. Se for convidado para um programa de tevê exibido à tarde, deve lembrar que o público nesse horário é composto especialmente por donas de casa, aposentados, crianças e adolescentes.

É, portanto, um público bem diferente daquele do programa noturno. Procure então adequar sua fala para chamar a atenção e atingir as pessoas que estão assistindo a sua entrevista.

Ouvir o outro lado

Trata-se de uma regra jornalística que é empregada especialmente quando se trata de uma denúncia ou de um tema polêmico. O objetivo é dar às partes envolvidas a oportunidade de apresentar seus argumentos para que o leitor possa formar sua opinião.

No caso dos serviços de violência sexual, existem segmentos que são contrários a alguns dos procedimentos adotados e que apresentam argumentos de ordem moral, religiosa e às vezes até pseudocientíficos para condenar práticas como a indicação da anticoncepção de emergência ou a interrupção da gestação nos casos previstos em lei. Ao ser procurado pela imprensa para comentar esses assuntos ou explicar aspectos técnicos, é preciso estar preparado para ser confrontado com argumentos de todos os tipos e ter respostas simples, claras e concisas a respeito das práticas humanizadas adotadas nos serviços e da seriedade dos trabalhos realizados.

Nem tudo é culpa do repórter

É preciso também levar em consideração que o jornalista trabalha sob pressão: dos editores e da hora de fechamento, o *deadline*. As redações vêm encolhendo e o repórter que hoje telefona ou sai às ruas para fazer entrevistas e coletar informações é cada vez menos um jornalista especializado (no caso, em saúde), mas um "generalista". Muitos veículos têm um número reduzido de equipes de gravação, cujas saídas são otimizadas ao máximo, mas nem sempre isso significa pontualidade.

Além disso, a publicação ou não de uma matéria ou informação não é de responsabilidade única do repórter. Assim, pode ocorrer de você dar uma entrevista e ela não ser publicada; ou então, por limitação de espaço, publicarem apenas 10% do que você disse; ou pior, não publicarem nada. Seja paciente. Se por um lado você perdeu tempo e o serviço uma oportunidade de

divulgação, por outro lado você estabeleceu/alimentou sua relação com a mídia e já é fonte de referência para a imprensa quando a pauta tratar de violência contra mulheres e serviços de saúde. Além do mais, foi uma ótima oportunidade para fazer um exercício sobre como dar entrevistas, uma atividade em que a prática leva à perfeição.

O pior é quando o que foi publicado não é exatamente o que você falou. Isso pode acontecer – e acontece com freqüência –, não por descuido ou má fé do repórter, mas por exigências de espaço/tempo ou para facilitar a compreensão do público. Mas no caso de erro grave de informação, o que você deve fazer é pedir que seja publicada uma correção.

Gêneros jornalísticos

As matérias produzidas e divulgadas pela imprensa podem ser divididas conforme o gênero. Essa classificação considera a perspectiva da dinâmica entre fonte e jornalista, na qual interessa mais saber de onde vêm as informações e opiniões: quem disse, quem se manifestou, quem foi procurado pelo repórter; e também quem é o autor do texto, se repórter ou colunista, ou se falou em nome do veículo, no caso de um editorial. A classificação por gênero jornalístico também identifica as manifestações da sociedade feitas por meio de artigos assinados e cartas de leitores, que são publicadas nas páginas de opinião. Segundo essa perspectiva, os gêneros jornalísticos são:

- editorial – texto que expressa a opinião do veículo. Segundo o *Manual de Redação* da Folha de S. Paulo (2001, p. 40), "os editoriais não dirigem o noticiário, mas temas que neles aparecem com freqüência devem ser explorados pela reportagem";
- artigo – sempre assinado, traz interpretação ou opinião do autor. São incluídos nesse gênero o comentário, a crônica e a resenha;
- carta – texto geralmente curto em que o leitor manifesta seu ponto de vista sobre algum fato ou notícia;
- entrevista – quando publicada na forma de pergunta e res-

posta (tipo pingue-pongue);

- notícia – texto que registra e/ou descreve um fato que possui as seguintes características: imediatismo, relevância, interesse e veracidade (BELTRÃO, 1969, p. 82);
- coluna – comentário que pode ser curto (nota com apenas um parágrafo) ou mais longo (como um artigo), assinado por colunista com espaço fixo, de periodicidade variável, cujo teor pode ser informativo e/ou opinativo;
- nota – notícia curta, em geral texto de um parágrafo, conhecido no jargão jornalístico como "pirulito". Pode indicar tanto que o fato está em andamento, como que a notícia não recebeu/mereceu maior aprofundamento ou destaque por parte do jornal;
- reportagem – relato de acontecimento feito a partir de informações apuradas pelo jornalista; além da descrição do fato, traz o relato das versões das partes envolvidas e a opinião de especialistas.

Lembretes que fazem um bom porta-voz

Você deve sempre lembrar que é um porta-voz dos serviços e dos profissionais de saúde que neles atuam. Por mais que você vá falar a partir de sua experiência e de seu conhecimento, para o público você representa o serviço. Portanto, é fundamental que você esteja preparado e disponível para atender a imprensa e que procure se comunicar de maneira eficiente com a população por meio dos diferentes veículos da mídia. Para tanto, é importante que você:

USE Frases curtas, procurando falar uma coisa de cada vez.

Linguagem fácil: "prevenção" ao invés de "profilaxia"; "prosseguir com a gravidez" e não "levar a gestação a termo"; "contracepção de emergência" em lugar de "AE" ou "pílula do dia seguinte", etc.

Ordem direta (sujeito, predicado, objeto e complementos).

Mais verbos e substantivos do que adjetivos.

Números com cuidado e precisão; evite excessos; cite apenas os mais significativos e surpreendentes; e sempre arredondados.

Argumentos bem construídos, que podem produzir impacto e ser citados.

SEJA Simples, sem ser simplista.

Claro, para evitar ser mal interpretado.

Transparente e direto. Mesmo se a pergunta for difícil, vá direto ao ponto, sem fazer rodeios.

Cuidadoso ao citar informações sobre casos atendidos nos serviços. Toda notícia fica mais interessante se for apresentado o seu lado humano; o jornalista quer personagens. Mas todo profissional de saúde sabe até onde pode ir sem desrespeitar o sigilo profissional.

FALE COM Objetividade: conte o fato principal, evitando dar detalhes que podem confundir quem ouve ou lê.

Segurança: só fale sobre temas e dados que você conheça bem.

Concisão: não diga em dez palavras o que pode dizer em duas.

Correção e cuidado ao citar dados e estimativas; prepare-se com antecedência para ser bem entendido.

EVITE Usar o jargão técnico do serviço, aqueles termos que só vocês, profissionais de saúde, compreendem e usam em sua rotina de trabalho, como AE, transmissão vertical, imunoprofilaxia e outros. Por outro lado, não use a expressão popular "pílula do dia seguinte", pois isso pode levar ao engano de achar que ela deve ser usada apenas no dia seguinte e não imediatamente após um estupro ou uma relação desprotegida.

Comentar assuntos sobre os quais você não tem familiaridade. Procure se limitar a falar sobre coisas que você conhece ou vive em seu cotidiano no serviço.

Certas expressões ou cacoetes de linguagem: "coisas do tipo", "eu enquanto profissional de saúde", "tipo assim", "a nível de"; "né?", "tá entendendo?"

NUNCA Dar informação em *off* ou confidencialmente. É sempre um risco muito grande. Depois que o estrago está feito há pouca coisa a fazer além de administrar as conseqüências.

Dizer: "Sem comentários". Isso só serve para réu sob orientação de advogado. Diga algo, mesmo que seja para justificar sua impossibilidade de falar sobre o assunto.

Inventar uma resposta. Se não tiver certeza, diga claramente. Se possível, peça um tempo para checar a informação e dar a resposta depois.

LEMBRE-SE **Não se intimide diante de jornalistas famosos.** Na hora da entrevista, a estrela é você. Mas não deixe a vaidade subir à cabeça. Não esqueça nunca que você está falando como porta-voz e que mais tarde será lembrado como "um médico que trabalha no serviço de saúde" e não como doutor ou doutora fulano de tal.

Peça um tempo. Se for procurado para uma entrevista por telefone, nunca a dê de imediato. Primeiro, peça mais informações sobre a reportagem (tipo de abordagem, quem mais será entrevistado); se for o primeiro contato procure saber mais sobre o veículo, o programa, a audiência, quando será publicada a matéria, etc. Tente conseguir pelo menos algum tempo (mesmo que seja meia hora) para se preparar para a entrevista.

Estar preparado é a melhor garantia de um bom desempenho. E como se preparar? Conhecendo o assunto a fundo e escolhendo alguns pontos ou argumentos para apresentar.

Aprenda com seus erros. Se tiver oportunidade, reveja/releia a entrevista que você concedeu. Mostre a pessoas amigas e peça opinião e críticas. A melhor maneira de aprender é perceber e reconhecer os próprios erros.

Você é um porta-voz, e isto significa disponibilidade, informação atualizada e organizada. O porta-voz ganha credibilidade na medida em que usa bem a mídia (rádio, televisão, jornal, etc.) e se mostra uma fonte confiável de informações, não só para a imprensa, mas também para a população.

Dicas para situações de entrevista na TV e no rádio

Os programas jornalísticos na TV e no rádio, em geral, limitam-se a fornecer as informações básicas sobre os fatos, em notícias que às vezes duram menos que um minuto. Já os veículos impressos (jornais e revistas) podem dar mais detalhes e ouvir diferentes versões ou opiniões, em especial no caso de se tratar de uma reportagem em profundidade.

No jornalismo impresso, principalmente na chamada "grande imprensa" – veículos de grande tiragem e circulação nacional – ainda se encontram jornalistas especializados em saúde, enquanto na TV e no rádio os repórteres em geral cobrem todos os assuntos. Assim, pode-se esperar que o profissional de imprensa que é especializado na cobertura sobre temas de saúde esteja mais preparado para elaborar uma reportagem aprofundada sobre o assunto. Tendo mais facilidade para compreender o tema, esse profissional de imprensa poderá até, se necessário, "traduzir" a fala de um especialista para o público leitor do jornal.

Mas como em geral são mais freqüentes os jornalistas "generalistas", que atualmente dominam as redações das emissoras de TV e rádio e também dos jornais menores, isso quer dizer que, em uma situação de entrevista, o profissional de saúde não pode falar como se estivesse dialogando com seus colegas de trabalho.

Para evitar incompreensões e mal-entendidos na hora em que você for dar uma entrevista, estão listadas a seguir algumas dicas, conselhos e recomendações que podem contribuir para que você se comunique de uma forma eficiente e possa divulgar os serviços e esclarecer dúvidas sobre os procedimentos adotados no atendimento humanizado prestado no SUS aos casos de violência doméstica e sexual contra mulheres e adolescentes.

Você na TV

A luz, a câmera e o microfone são elementos básicos para a produção da notícia na TV. São elementos invasivos – uma luz forte sobre seu rosto, uma câmera apontada para você, um mi-

crofone direcional – mas que ao mesmo tempo devem ser ignorados no momento da entrevista. Parece difícil, mas não é. A maioria das pessoas se sente desconfortável numa situação de entrevista para TV. E a melhor receita para vencer esse desconforto é a prática. Com a prática e alguns cuidados, você conseguirá se relacionar com tudo isso de uma forma tranqüila. Lembre-se: a próxima entrevista é sempre mais fácil.

Algumas dicas básicas

- Uma roupa correta ajuda muito (correta, aqui, quer dizer discreta, que não desvie a atenção do telespectador para um enfeite ou para o brilho da roupa). O telespectador deixará de se interessar pelo que você está dizendo se tiver qualquer coisa na tela que chame mais sua atenção.
- Na TV você deve se apresentar como se fosse entrar na casa das pessoas que estarão vendo e ouvindo você. Você quer causar boa impressão. Então, procure não ir para uma entrevista com a roupa amassada, o cabelo desarrumado ou um aspecto muito cansado. Essas exigências não são exageros; a nossa imagem conta muito nesse veículo.

Vamos para a entrevista

1. Planeje sua participação na entrevista com bastante cuidado (pense nas possíveis perguntas e respostas, ensaie em voz alta, olhando-se no espelho).
2. Chegue bem antes do horário marcado (isso evita o risco de você chegar nervoso, esbaforido e suado).
3. Não se preocupe com as pessoas que estão a sua volta. Olhe para o jornalista e para a câmera.
4. Não se preocupe com os seus colegas profissionais de saúde, que irão ver sua entrevista. Pense apenas em uma pessoa: aquela mulher ou adolescente que você atende no serviço de saúde, para quem você quer falar, dar o seu recado. Por isso, fale com calma e de forma simples e didática.
5. Lembre-se de que a sua participação nessa entrevista se deve ao seu trabalho como profissional de saúde, aos con-

teúdos importantes que você tem para transmitir. (Você é o que é. Não é um ator, jornalista ou personalidade).

6. Mostre-se sereno e equilibrado, mesmo com as luzes apagadas. Procure causar boa impressão, isso lhe dará mais segurança.
7. Em qualquer lugar em que esteja, receba bem o jornalista e a equipe; olhe para cada um, cumprimente, seja simpático com essas pessoas que vão colocar você no ar.
8. Não se desculpe por não dominar um determinado tema ou um aspecto de dada questão. Indique outras pessoas. Só faça a sua parte.
9. Se você quiser incluir uma informação que esqueceu de dizer ou sobre a qual não foi perguntado, procure incluí-la quando começar a responder a questão seguinte, dizendo algo como: "sobre a pergunta anterior, eu gostaria de acrescentar..." ou simplesmente diga: "esqueci de dizer o seguinte: ...".
10. Cuidado: fugir de uma pergunta com uma resposta superficial fragiliza sua atuação, abrindo espaço para o jornalista crescer; faz parecer que ele achou um ponto fraco e que você está na defensiva.
11. Prepare-se antes de dar a entrevista, mas não decore respostas. Pense em um caminho, memorizando argumentos para sua resposta.
12. Procure não repetir o final da pergunta que lhe foi formulada (esse é um truque que se usa no cotidiano para se ter um tempinho para formular a resposta, mas não funciona bem em entrevistas gravadas, pois a frase pode sair incompleta). Responda indo diretamente ao ponto.
13. Responda com calma mesmo as perguntas mais básicas do jornalista; ele representa o público leigo que está assistindo ao programa. Faça comparações que facilitem a compreensão das pessoas, mas sem banalizar o assunto.
14. Procure dar exemplos e contextualizar situações e números.
15. Lembre-se, em situação de entrevista para TV são três os

elementos que você precisa considerar: você, o jornalista e o telespectador.

16. Seja conciso, simples e direto. Não deixe que as pessoas se distraiam, se desinteressem e mudem de canal.
17. Cuidado com a linguagem técnica, o jargão médico. Se tiver mesmo que usar um termo técnico, explique imediatamente o que ele significa.
18. Uma entrevista ilustrada por casos é mais interessante de acompanhar. Fale sobre os casos recebidos no serviço e sobre as mulheres atendidas – mas não exagere nos detalhes.
19. Só use siglas se forem muito conhecidas (BO, SUS).
20. Fale devagar, use o tanto de palavras que cabem em um minuto. Não dispare como uma metralhadora. Prepare a ordem das idéias.
21. Não repita duas ou três vezes a mesma frase. Se a frase foi direta e didática, todo mundo já entendeu.
22. Assista às entrevistas na TV e liste as principais qualidades e defeitos. Treine suas falas na frente do espelho.
23. Cuidado com os debates: se você aceitar participar de um debate, vá preparado para tudo. Se você não estiver plenamente convicto ou seguro para argumentar, não aceite participar do debate.

Particularidades do rádio

- Instantâneo – a qualquer hora e de qualquer lugar se pode dar uma informação em tempo real sobre um acontecimento.
- Ágil – não há necessidade de grande aparato; o trabalho com rádio é mais livre e dinâmico; pode ser feito tanto por grandes grupos econômicos como por pequenas comunidades.
- Longo alcance/alto poder de penetração – é um meio barato que faz parte da vida de um número maior de pessoas (chega mesmo aonde a TV não chega).
- Alta interatividade – a audiência participa (por telefone, carta, correio eletrônico...).

- Pelo fato de a comunicação no rádio ser apenas oral, a audiência tende a ser mais dispersa – geralmente o ouvinte de rádio divide sua atenção com outras atividades, como o ato de dirigir, de cozinhar, etc., e não pode se concentrar totalmente no que ouve.
- O rádio é um veículo que desperta confiança na audiência – há pesquisas que indicam que as pessoas confiam mais no rádio do que na televisão.

Para ser uma boa fonte para programas de rádio

- A expectativa do ouvinte de rádio é de que a fonte seja uma espécie de professor, alguém que esclareça o assunto totalmente e de forma extremamente didática; e a emissora de rádio irá atrás de uma pessoa com esse perfil.
- Lembre-se que as emissoras de rádio têm amplo horário de programação e equipes limitadas – muitas vezes a produção não tem tempo de correr atrás de assuntos ou de novas fontes; a maior parte das emissoras usa sempre as mesmas fontes.
- Mostre-se disponível – a disponibilidade para atender o jornalista, a qualquer hora, é um elemento fundamental; por isso, é importante que cada serviço tenha sempre alguém disponível para falar com a imprensa.
- Prepare-se antes de conceder uma entrevista: organize três ou quatro pontos que você acha mais relevantes para apresentar e comentar sobre o serviço, considerando o tipo de audiência do programa.
- Os locutores de rádio tendem a se tornar cada vez mais informais – seja informal também.
- Organize os assuntos relativos ao tema conforme sua importância – o que for mais importante vem sempre em primeiro lugar.
- Treine e prepare informações relevantes para citar; isto lhe dará segurança.
- Não ignore ou subestime perguntas, por mais simples que elas sejam – a dúvida do repórter pode ser a mesma de milhares ou até milhões de ouvintes.

- Tenha em mente que o público é mais importante – não se prepare em função do jornalista, mas para passar a informação com clareza para o ouvinte.
- Mantenha ao alcance da mão anotações, documentos e bases de dados de fácil consulta para não ser surpreendido.

No rádio, a linguagem é fundamental

- A linguagem de rádio é rápida e definitiva – em geral os programas são ao vivo e não há chance de re-explicar uma fala, mesmo porque a mesma pessoa pode não estar mais prestando atenção.
- Compense o fato de não ter imagem com uma fala que, além de coloquial, traga o dia-a-dia da sua experiência e possibilite à audiência visualizar o que está sendo dito.
- Utilize depoimentos ouvidos nos serviços, conte casos, histórias, dê colorido a sua fala.
- Utilize termos simples e uma linguagem direta, clara e objetiva, lembrando que a audiência de rádio abarca diferentes categorias sociais e níveis culturais, podendo um mesmo programa atingir pessoas que não sabem nada do assunto em questão; procure se dirigir a um amplo leque de pessoas.
- Suas frases precisam ter início meio e fim, sem emendar um assunto no outro.
- Evite repetições e apresente uma idéia de cada vez.

Argumentos de profissionais de saúde na imprensa

A seguir, você vai encontrar diversos argumentos utilizados em situações de entrevista por profissionais de saúde que atuam nos serviços que acolhem as vítimas de violência doméstica e sexual. São exemplos de argumentos construídos por profissionais, ao longo dos últimos anos, para o diálogo com a mídia e com a sociedade quando está em pauta o tema do atendimento à violência sexual no SUS.

Para facilitar sua leitura, foram incluídos dados referentes às fontes citadas, além de uma lista das abreviaturas usadas para identificar os veículos de imprensa que publicaram as citações selecionadas.

Quem são as mulheres atendidas nos serviços?

> *"Em 90% dos casos as mulheres atendidas eram solteiras; 52% delas ainda não haviam passado da adolescência; e 25% foram estupradas por parentes próximos, especialmente pelos pais biológicos."* (Fonte: Osmar Colás, obstetra, em entrevista para o jornal OESP, 21/8/97)

> *"Entre 60% e 70% das mulheres que procuram o programa de aborto legal do Hospital do Jabaquara são menores de idade. Todas pertencentes a famílias carentes."* (Fonte: Thomaz de Almeida, médico, em entrevista para o jornal FSP, 22/8/97)

> *"Nossa última experiência marcou-nos profundamente. Era uma doente mental de 27 anos, que sequer falava, e estava grávida do próprio pai."* (Fonte: Ruth Mesquita, enfermeira, em entrevista para o jornal GLO, 23/8/97)

Por que algumas vítimas demoram tanto a buscar atendimento?

> *"Há quem nos procure meses ou anos depois, principalmente por causa de alguma conseqüência relacionada à violência. Há muitas razões para não procurarem aju-*

da de imediato. A principal delas é a ameaça do agressor, principalmente se ele for alguém próximo, ligado à família." (Fonte: Jefferson Drezett, médico, em entrevista para o jornal OESP, 25/6/05)

"Outro problema é que muitas mulheres têm medo de se expor, medo de que sua história seja conhecida ou de serem mal-interpretadas. Porque as vítimas, infelizmente, ainda são estigmatizadas pela sociedade. Sem contar que uma boa parte da população desconhece os riscos que envolvem o estupro, como a gravidez e a contaminação das DST e do HIV." (Fonte: Jefferson Drezett, médico, em entrevista para o jornal OESP, 25/6/05)

O perigo às vezes está ao lado

"É importante não ficar o estereótipo de que é sempre um maníaco que ataca a mulher na rua." (Fonte: Jefferson Drezett, médico, em entrevista para o jornal FSP, 4/5/06)

"O estupro é muito subnotificado, até porque freqüentemente envolve alguém conhecido [da vítima]" (Fonte: Túlio Kahn, coordenador da SESP/SP, em entrevista para o jornal FSP, 4/5/06)

Importância da prevenção de DST/AIDS após a violência sexual

"No caso da infecção pelo HIV, estima-se que, em São Paulo, 27 mulheres se contaminem a cada mil estupros. (...) Se o agressor sexual for portador de uma DST, como sífilis ou gonorréia, é possível prevenir que a mulher se contamine com o uso de antibióticos específicos. Essa medida vale para várias outras doenças. E é muito importante para evitar danos futuros à saúde reprodutiva das mulheres." (Fonte: Jefferson Drezett, médico, em entrevista para o jornal OESP, 25/6/05)

"Durante oito anos, desenvolvemos um estudo com cerca de 1.700 mulheres vítimas de violência sexual. Parte delas recebeu medicamentos anti-retrovirais, conhecidos como

'coquetel', para a prevenção do HIV. Nenhuma foi contaminada." (Fonte: Jefferson Drezett, médico, em entrevista para o jornal OESP, 25/6/05)

Eficácia da contracepção de emergência se a mulher for atendida logo após o estupro

"O ideal é que a relação sexual tenha acontecido no máximo 72 horas antes do momento em que houve a procura pela pílula" (Fonte: David Nunes, ginecologista, em entrevista para o jornal FSP, 16/2/06)

"Se ela chegar nas primeiras 12 horas após o estupro, as chances de a anticoncepção de emergência falhar são muito baixas, cerca de 0,5%. Quanto maior a demora, maior é o risco de falha. Se ela nos procurar somente no quinto dia, a falha pode chegar a 70%. Mesmo assim, vale a pena tentar. Em caso de falha, ainda existe a alternativa do aborto legal, direito garantido pelo Código Penal." (Fonte: Jefferson Drezett, médico, em entrevista para o jornal OESP, 25/6/05)

A contracepção de emergência não é abortiva

"Muitos acreditam que a AE (anticoncepção de emergência, mais conhecida como 'pílula do dia seguinte') é um medicamento que 'expulsa' o óvulo fecundado do útero, um método abortivo. Isso é um grande equívoco. O efeito da AE acontece antes do óvulo ser fecundado pelo espermatozóide. Conforme o período do ciclo menstrual da mulher, a AE bloqueia a ovulação ou impede a passagem do espermatozóide pelo colo do útero. Dessa forma, ela evita a fecundação. Mas não há nenhuma evidência científica de que ela atue depois do óvulo fecundado. Essa é a posição oficial da Organização Mundial da Saúde." (Fonte: Jefferson Drezett, médico, em entrevista para o jornal OESP, 25/6/05)

Afirmar que a contracepção de emergência é uma forma de aborto significa *"ignorar as evidências científicas". "Já*

não é falta de conhecimento, é má vontade." (Fonte: Aníbal Faúndes, professor de obstetrícia, em entrevista para o jornal FSP, 30/4/05)

Alguns municípios proíbem a distribuição da contracepção de emergência por pressão religiosa

"É uma grande injustiça que atinge apenas os mais pobres. Você priva as pessoas que não têm meios. É um atropelo aos direitos humanos da pessoa de poder prevenir a gravidez." (Fonte: Aníbal Faúndes, professor de obstetrícia, em entrevista para o jornal FSP, 30/4/05)

"É uma contradição imensa. A pílula é preventiva, não abortiva. Tem que ser usada, evidentemente, com critério. A igreja, ao proibir o uso de preservativo e a pílula do dia seguinte, pode induzir a um futuro aborto. E, como em tudo, as mulheres excluídas que pagam o alto preço, por não poder comprar as pílulas." (Fonte: Irotilde Gonçalves Pereira, assistente social, em entrevista para o jornal FSP, 30/4/05)

Dispensa do Boletim de Ocorrência

"O que a norma do ministério fez, ao revogar o Boletim de Ocorrência,foi trazer a mulher vítima de violência para um ambiente de saúde, e não encaminhá-la para um órgão policial." (Fonte: Roberto Arrida Lorea, juiz, em entrevista para o jornal ZH, 28/4/05)

"A norma técnica que ora é questionada é baseada nos mais atualizados protocolos médicos referentes ao assunto e está em total respeito à legislação brasileira, particularmente na desobrigação da realização de BO pela mulher." (Fonte: Cristião Fernando Rosas, médico, em entrevista para o jornal FSP, 20/3/05)

"Nunca houve necessidade do BO. Há apenas uma recomendação para que a mulher procure a delegacia. Não é uma obrigação, mas apenas um ato cívico, para que o infrator não fique impune." (Fonte: Osmar Colás, médico,

em entrevista para o jornal OESP, 12/3/05)

"O boletim de ocorrência não pode ser um obstáculo para a mulher exercer seu direito" (...) "E se ela não quiser comunicar o crime por ter sido ameaçada ou algo do tipo?" (Fonte: Jorge Andalaft Neto, médico, em entrevista para o jornal OESP, 11/3/05)

"Deve-se orientá-la [a mulher grávida após estupro] a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas, caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento." (Fonte: José Henrique Torres, juiz, em entrevista para o jornal FSP, 11/3/05)

"O ministério não está assumindo atribuições do Judiciário ou do Legislativo. A norma garante o atendimento a um processo que é legal pelo Código Penal." (Fonte: Tereza Campos, diretora do Ministério da Saúde, em entrevista para o jornal FSP, 11/3/05).

"O BO não prova nada, é apenas uma notícia do fato. Não se pode confundir assistência médica com inquérito policial. Ninguém pede para uma pessoa que foi quase assassinada uma prova de que sofreu tentativa de homicídio." (Fonte: José Henrique Torres, juiz, em entrevista para o jornal FSP, 11/3/05)

Registrar o BO às vezes é uma impossibilidade

"Muitas vezes, o agressor está dentro de casa e a mulher teme procurar a delegacia. Ou não quer ser submetida a nenhum tipo de constrangimento" (Fonte: Cristina Boaretto, diretora do MS, em entrevista para o jornal OESP, 7/9/05)

"É bom lembrar que uma jovem que denuncia um familiar próximo – pai, tio, padrasto – que a estuprou ou que a estupra regularmente é facilmente mandada de volta para casa, onde encara a vingança violenta de seu estuprador, sem amparo nenhum. Muito freqüentemente, na decisão de denunciar, a jovem não encontra nem sequer o respaldo

da mãe, cuja única preocupação, às vezes, consiste em preservar seu relacionamento com o pai ou o padrasto." (Fonte: Contardo Calligaris, psicanalista, em entrevista para o jornal FSP, 17/3/05)

"Há casos em que a família não quer denunciar o agressor à polícia. Esse é um direito que deve ser respeitado. É garantido por lei." (Fonte: Jorge Andalaft Neto, médico, em entrevista para o jornal OESP, 11/3/05)

Presunção da verdade

"A mulher deveria ser atendida nos serviços de saúde obedecendo-se o princípio da 'presunção de veracidade'. Ou seja, ela tem o direito legal e ético de ter sua palavra respeitada se não existirem indicadores que provem o contrário. Tratá-la como uma suposta 'mentirosa' é ilegal, imoral e desumano. É uma violação aos Direitos Humanos." (Fonte: Jefferson Drezett, médico, em entrevista para o jornal OESP, 25/6/05)

"*Toda mulher que vai se submeter a uma interrupção de gravidez passa pela psicóloga, pela assistente social e por exames. Ela também assina um documento declarando que todas as informações fornecidas são corretas. Se não forem, ela se responsabilizará até judicialmente*" (Fonte: Jorge Andalaft Neto, médico, em entrevista para o jornal OESP, 11/3/05)

"O que se tem de pensar é que, se a mulher diz estar grávida em decorrência de estupro, não se pode querer interrogá-la se foi estupro ou não. O que se faz com isso é fragilizar o direito que esta mulher tem. Há um contexto de banalização da violação dos direitos das mulheres, como parte de uma cultura jurídica machista." (Fonte: Roberto Arrida Lorea, juiz, em entrevista para o jornal ZH, 28/4/05)

Sempre dá para saber se a mulher foi estuprada?

"Não dá para encontrar danos físicos na maioria dos casos. Nesse ponto, está uma grande surpresa: na América Latina,

quase 80% dos estupros são praticados sob grave ameaça, intimidando-se a mulher com uma arma, sem uso da força física. Nesses casos, marcas de violência física simplesmente não existem. De 10 mil mulheres e adolescentes atendidas pelo nosso serviço, apenas 11% apresentavam traumas físicos. Em 90% dos casos, elas não tinham nenhuma marca no corpo e, em 95%, nem sequer marcas nos genitais. Segundo dados do IML, só em 13% das vítimas é possível resgatar alguma prova material da violência sexual. Frente a essas circunstâncias, exigir da mulher marcas físicas como prova da violência sexual seria o mesmo que exigir que o agressor brutalmente a espancasse e a ferisse. Isso é, no mínimo, um paradoxo." (Fonte: Jefferson Drezett, médico, em entrevista para o jornal OESP, 25/6/05)

"*Eu trabalho há 15 anos com isso. A vítima é diferente*" (Fonte: Jorge Andalaft Neto, médico, em entrevista para o jornal OESP, 11/3/05)

"*[quando a mulher é vítima de estupro] Fica configurado o sofrimento da mulher. É um estado de intenso desarranjo psicológico.*" (Fonte: Jorge Andalaft Neto, médico, em entrevista para o jornal OESP, 11/3/05)

"*A norma técnica prevê um atendimento multidisciplinar. Ninguém será submetido à técnica antes de passar por uma avaliação, por entrevistas.*" (Fonte: Regina Viola, técnica do MS, em entrevista para o jornal OESP, 12/3/05)

Apoio psicossocial

"*Fazemos grupos de ajuda, elas escutam a história uma das outras e aos poucos conseguem muitos progressos. Agora, esquecer ninguém esquece, as marcas ficam para toda vida.*" (Fonte: Laila Campos, assistente social, em entrevista para o jornal AGC, 6/8/06)

Objeção de consciência

"*O médico, individualmente, pode [recusar-se a fazer um aborto legal], mas a instituição, não. O hospital tem de pro-*

videnciar alguém que faça." (Fonte: Roberto Arrida Lorea, juiz, em entrevista para o jornal ZH, 28/4/05)

"Não há nada que obrigue um médico a fazer um aborto em casos permitidos por lei se isso contrariar sua consciência. Mas não tem o direito de impor seu ponto de vista a profissionais que pensam diferente nem de privar de um serviço público de qualidade as mulheres grávidas vítimas de estupro ou sob risco de vida." (Fonte: Thomaz Gollop, ginecologista, em entrevista para o jornal JB 24/8/97)

Como deve ser o profissional que atua nesses serviços?

"O profissional de saúde precisa ter disponibilidade pessoal e aprender a lidar com a mulher nessa situação, o que requer sensibilidade e preparo. É necessário criar uma relação de confiança muito grande. Nesses momentos difíceis, as pessoas desejam ser acreditadas e acolhidas com dignidade." (Fonte: Jefferson Drezett, médico, em entrevista para o jornal FSP, 11/3/05)

Como é lidar com a violência que atinge mulheres e jovens?

Reformulei meu modo de pensar no convívio com as mulheres." (...) "É impossível ficar imune ao desespero de uma moça que é estuprada por quatro rapazes e engravida. Você começa a pensar: E se fosse a minha filha ou a minha mulher, será que eu seria contra o aborto?" (Fonte: Cristião Fernando Rosas, médico, em entrevista para a revista CLA, 1996) (TALIB; CITELI, 2005)

"É uma vivência de certa forma difícil. Nos primeiros anos, conviver com essa realidade foi muito impactante na minha vida. As histórias são sempre chocantes. Lembro de uma mulher que foi violentada brutalmente. E que tinha grande necessidade de contar, com todos os detalhes, como tudo havia ocorrido. Procurando escutá-la com atenção, fui ficando tão angustiado que tive de inventar que meu bip estava tocando, para poder sair um pouco da sala e 'respirar', me recuperar emocionalmente, antes de voltar e

ouvi-la completar sua história. Com o tempo, adquiri maturidade emocional para lidar com tudo isso. Mas já tivemos profissionais que não suportaram lidar com o impacto da violência e se afastaram da equipe. Não quero, com isso, transmitir a idéia de que se trata de um trabalho impossível ou negativo. A atuação nessa área pode ser muito recompensadora e pode oferecer grande sentimento de realização profissional. Mas não se pode tratar a violência com indiferença, como mais um caso rotineiro nos serviços de emergência ou como um roubo de carro." (Fonte: Jefferson Drezett, médico, em entrevista para o jornal FSP, 11/3/05)

É necessário ampliar a divulgação sobre os serviços

"Muitas mulheres vítimas de violência doméstica ou sexual ignoram o caminho correto a ser seguido nessa situação, que seria procurar primeiramente o atendimento médico do Hospital Júlio Müller, segundo registrar queixa na delegacia mais próxima ou na Delegacia Especializada de Defesa da Mulher, para ser encaminhada ao Instituto Médico Legal (IML)." (Fonte: Marley Carvalho, técnica da SES/MT, em entrevista para FEMT, 2/10/04)

Fontes citadas

Aníbal Faúndes, professor titular da Unicamp (Universidade Estadual de Campinas) e coordenador do Comitê de Direitos Sexuais e Reprodutivos da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO)

Contardo Calligaris, psicanalista e colunista do jornal Folha de S.Paulo

Cristião Fernando Rosas, médico, membro da Comissão Nacional de Violência Sexual da Febrasgo (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia)

Cristina Boaretto, diretora do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde

David Nunes, ginecologista da equipe da Secretaria da Saúde de Salvador

Irotilde Gonçalves Pereira, assistente social do Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya (Hospital do Jabaquara/São Paulo)

Jefferson Drezett, coordenador do serviço de violência sexual do Hospital Pérola Byington (São Paulo)

Jorge Andalaft Neto, médico, presidente da Comissão Nacional de Violência Sexual e Interrupção da Gestação da Febrasgo (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia)

José Henrique Torres, juiz e professor de Direito Penal da PUC (Pontifícia Universidade Católica) de Campinas

Laila Campos, gerente do serviço social do Hospital Universitário Júlio Muller (Mato Grosso)

Marley Carvalho, técnica da Área da Saúde da Mulher, da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso

Osmar Colás, médico obstetra e coordenador do Programa de Violência Sexual e Aborto Previsto em Lei da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Regina Viola, técnica da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde

Roberto Arrida Lorea, juiz da 2.ª Vara da Família de Porto Alegre (Rio Grande do Sul)

Ruth Mesquita, enfermeira do Instituto Fernando Magalhães (Rio de Janeiro)

Tereza Campos, diretora de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde

Thomaz de Almeida, médico, ex-diretor do Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Saboya (Hospital do Jabaquara/São Paulo)

Thomaz Gollop, ginecologista e diretor do Instituto de Medicina Fetal e Genética Humana de São Paulo

Túlio Kahn, coordenador de Análise e Planejamento da Secretaria de Estado da Segurança Pública de São Paulo

Jornais e revista

AGC = A Gazeta de Cuiabá

CLA = Claudia

FEMT = Folha do Estado de Mato Grosso

FSP = Folha de S.Paulo

GLO = O Globo

JB = Jornal do Brasil

OESP = O Estado de S.Paulo

ZH = Zero Hora

Informações úteis para situações de entrevista

Sobre a violência contra mulheres e adolescentes

Conceito

Violência contra a mulher é "qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada". Esta é a definição que consta da Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, adotada pela Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos, em 1994, e ratificada pelo governo brasileiro, em 1995).

Formas de violência

De acordo com a **Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006 (também chamada Lei Maria da Penha)**[1]

São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

I. a **violência física**, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II. a **violência psicológica**, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamen-

[1] A nova lei de violência doméstica levou o nome de Maria da Penha como uma homenagem à mulher que sobreviveu a duas tentativas de assassinato, pelo marido, em 1983. Como resultado, ela ficou paraplégica. O agressor só foi punido mais de 19 anos depois e, mesmo assim, com uma sentença de apenas dois anos de reclusão. Em razão da impunidade, Maria da Penha tornou-se uma ativista dos direitos das mulheres e, em 2001, o Brasil foi responsabilizado por negligência e omissão em relação à violência doméstica, pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Instituto Patrícia Galvão, 2004.

to, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

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

IV. a **violência patrimonial**, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V. a **violência moral**, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

De onde vem a violência contra a mulher? (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2004)

De maneira geral, pode-se dizer que a agressão contra a mulher acontece porque em nossa sociedade muita gente ainda acha que o melhor jeito de resolver um conflito é a violência e que os homens são mais fortes e superiores às mulheres. É assim que, muitas vezes, os maridos, namorados, pais, irmãos, chefes e outros homens acham que têm o direito de impor suas vontades às mulheres.

Embora muitas vezes o álcool, drogas ilegais e ciúmes sejam apontados como fatores que desencadeiam a violência contra a mulher, na raiz de tudo está a maneira como a sociedade dá mais valor ao papel masculino, o que por sua vez se reflete na

forma de educar os meninos e as meninas. Enquanto as meninas são valorizadas pela beleza, delicadeza, sedução, submissão, dependência, sentimentalismo, passividade e o cuidado com os outros, os meninos são incentivados a valorizar a agressividade, a ação, a força física, a competição e a dominação e a satisfazer seus desejos, inclusive os sexuais.

Dessa maneira, meninas e meninos aprendem a lidar com as emoções de formas diferentes. Os garotos são ensinados a reprimir as manifestações de amor, tristeza, afeto e amizade, e estimulados a exprimir outras, como raiva, agressividade, ciúmes e desejo sexual. Essas manifestações são tão aceitas que muitas vezes acabam representando uma licença para cometer atos violentos.

Magnitude da violência contra as mulheres

Além de assumir as mais diferentes formas – das mais sutis às mais ostensivas, como já foi visto – e atingir mulheres de todas as idades, classes, raças e níveis culturais, a violência contra a mulher nem sempre é notificada. Trata-se de um crime muito praticado sobre o qual, no entanto, ainda não existem estatísticas que revelem a real dimensão do problema. No Brasil, ao lado do problema da subnotificação está também o da falta de um banco de dados que organize informações coletadas por todos os órgãos de segurança e saúde envolvidos, em todos os níveis de governo. Atualmente, o que se tem são apenas algumas pesquisas, a maioria de âmbito local, que buscam estimar a dimensão da violência contra as mulheres e algumas características desse fenômeno.

No mundo

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002b), quase metade das mulheres assassinadas é morta pelo companheiro, atual ou ex. A violência responde por aproximadamente 7% de todas as mortes de mulheres entre 15 e 44 anos no mundo todo. Em alguns países, até 69% das mulheres declaram que já foram agredidas fisi-

camente e até 47% afirmam que sua primeira relação sexual foi forçada.

De cada cinco mulheres no mundo, uma será vítima ou sofrerá uma tentativa de estupro até o fim de sua vida. De acordo com os dados compilados pela Anistia Internacional (20% DAS MULHERES..., 2004), 1 bilhão de mulheres, ou uma em cada três no mundo, já foram espancadas, forçadas a ter relações sexuais ou submetidas a algum outro tipo de abuso por parte do companheiro ou ex, de um amigo ou parente.

No Brasil

Uma em cada cinco brasileiras declara espontaneamente já ter sofrido algum tipo de violência por parte de um homem. A cada 15 segundos uma mulher é espancada por um homem no Brasil. Estes são dados levantados pela Fundação Perseu Abramo, em pesquisa realizada em 2001.

Segundo esse levantamento, um terço das mulheres (33%) admite já ter sido vítima, em algum momento de sua vida, de alguma forma de violência física: 24% relatam que foram vítimas de ameaças com armas ou de cerceamento do direito de ir e vir; 22% sofreram agressões propriamente ditas; e 13% foram objeto de estupro conjugal ou abuso.

A relação entre violência e saúde

A Organização Mundial da Saúde coordenou uma ampla pesquisa sobre violência doméstica e sexual e seu impacto sobre a saúde da mulher, que foi realizada em dez países. No Brasil, esse estudo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005) foi conduzido, em 2001, pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), em parceria com as organizações não-governamentais Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (São Paulo) e SOS Corpo (Pernambuco). Foram pesquisadas mulheres de 15 a 49 anos moradoras em uma grande cidade (o município de São Paulo) e em uma região de características rurais (a Zona da Mata pernambucana).

Do total de entrevistadas, 29% das mulheres na cidade de São Paulo e 37% na Zona da Mata de Pernambuco declararam já haver sofrido algum episódio de violência física e/ou sexual por parte de um parceiro ou ex; 10% das mulheres em São Paulo e 14% na Zona da Mata afirmaram que já foram forçadas fisicamente a ter relações sexuais ou a práticas sexuais que consideraram degradantes.

Esse estudo também mostrou que as mulheres que sofreram violência física e/ou sexual tiveram mais problemas de saúde do que aquelas que não apresentavam história de violência. Entre esses problemas, destacam-se: dores ou desconfortos severos, dificuldade de concentração e tonturas e a intenção ou a tentativa de suicídio mais freqüente (duas a três vezes mais do que as mulheres que não sofreram violência). Além disso, o uso diário de álcool e a ocorrência de problemas relacionados à bebida nos últimos 12 meses também são relatados pelas mulheres que sofreram violência.

Violência sexual no Brasil

A pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo também revelou que, do total de mulheres entrevistadas, 13% disseram ter sido vítimas de estupro ou abuso sexual (na maioria dos casos, cometido pelo parceiro), sendo que 11% declararam ter sido obrigadas a manter relação sexual e 6% disseram ter sido forçadas a atos sexuais que as desagradavam.

Estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a) na cidade de São Paulo, em 2000, mostrou que, das 941 mulheres pesquisadas, 10% afirmaram que, em algum momento de suas vidas, sofreram uma tentativa ou foram forçadas por um parceiro íntimo a fazer sexo.

Maioria dos estupros não é denunciada

Diversas pesquisas (SOUZA; ADESSE, 2005, p. 25-35) já mostraram que os crimes sexuais são pouco denunciados no Brasil. Estudo do Departamento de Medicina Legal da Unicamp

(Universidade Estadual de Campinas), de 1997, revelou que apenas entre 10% a 20% das vítimas denunciam o estupro. De acordo com essa pesquisa, o agressor é conhecido por grande parte das crianças e desconhecido da maioria das adolescentes e mulheres adultas. Entre as crianças, o agressor mais comum é um parente biológico; entre as adolescentes, o agressor conhecido é o vizinho, seguido do pai biológico, padrasto e tio.

Pesquisa sobre violência sexual realizada pela Unifesp (Universidade Federal de São Paulo) (SÓ..., 2005) revelou que um reduzido número de mulheres procura as Delegacias de Defesa da Mulher para fazer o Boletim de Ocorrência. Esse estudo foi realizado a partir de um levantamento em cerca de 8.600 prontuários médicos de mulheres atendidas de 1998 a 2003 em três serviços de atenção a mulheres vítimas de violência sexual na cidade de São Paulo: no Hospital Pérola Byington, no Hospital do Jabaquara e na Casa da Saúde da Mulher Professor Domingos Deláscio, ligada ao Hospital São Paulo. Entre as mulheres entrevistadas nos três serviços, apenas 10% foram às delegacias. Os motivos alegados com maior freqüência foram: o medo de serem maltratadas, a vergonha de se exporem ao contar a história do estupro e o medo de serem culpabilizadas. No caso de estupro intrafamiliar, o número de denúncias é ainda menor, por constrangimento ou medo de alguma implicação nas relações familiares.

Para alguns pesquisadores (SOUZA; ADESSE, 2005, p. 26), a subnotificação, tanto dos casos de violência em geral, como de violência sexual, também é resultado do descrédito da população nas instâncias judiciárias e de segurança pública. Há também o medo de perder o emprego ou das reações de conhecidos e parentes.

Especificamente no caso da violência familiar e do estupro conjugal, a subnotificação também revela uma moral conservadora a respeito das relações conjugais e uma visão machista sobre a mulher vítima de estupro e de agressões pelo companheiro. Com a naturalização da subalternidade das mulheres e do uso da violência na resolução de conflitos, muitas pessoas não

consideram que a relação sexual forçada pelo parceiro seja um estupro, mas apenas o cumprimento das obrigações conjugais da mulher.

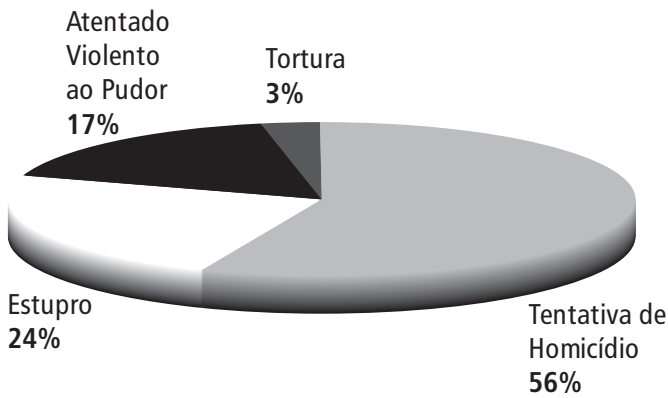
Registro de ocorrências de violência sexual

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, elaborado pela Organização Mundial da Saúde em 2002, reconhece que, no mundo, menos de 10% dos casos de violência sexual são atendidos em serviços de saúde.

No Brasil, os dados disponíveis sobre os casos de violência sexual notificados em delegacias, mostram altos índices de estupro: 11.000 casos registrados em Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) de 12 cidades brasileiras (Ministério da Saúde, 2001 apud SOUZA; ADESSE, 2005, p. 25).

Segundo a Secretaria Nacional de Segurança Pública (BRASIL, 2006), entre os crimes violentos não-letais contra a pessoa registrados pelas Polícias Civis em 2004 e 2005 no país, 41% foram casos de agressão sexual, sendo 24% ocorrências de estupro e 17% de atentado violento ao pudor.

Crimes Violentos Não-Letais Contra a Pessoa
registrados pelas Polícias Civis (2004–2005)



Fonte: Brasil, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2006.

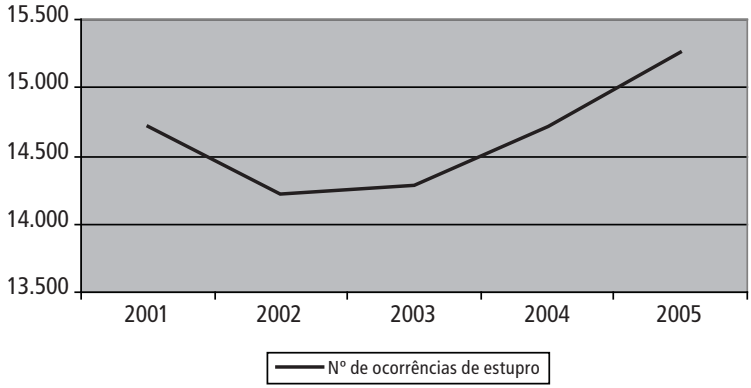
Foram registrados 14.719 estupros em 2004 e 15.268 estupros em 2005. Cerca de 42% ocorreram na região Sudeste e 19%, na região Nordeste. Segundo os dados disponíveis, o Estado de São Paulo aparece com o maior número de estupros nesse período, respondendo pela ocorrência de aproximadamente 26% dos crimes desse tipo. Por outro lado, Roraima foi o estado em que se registrou o menor número de ocorrências desse crime. Em termos de taxas por 100 mil mulheres, a região Centro-Oeste aparece em primeiro lugar, seguida de perto pela região Norte.

Ao divulgar dados sobre a incidência do crime de estupro no país, registrados pelas Polícias Civis das 27 Unidades da Federação, a Secretaria Nacional de Segurança Pública do Ministério da Justiça alerta para dois importantes fatores a serem considerados:

- o sub-registro de ocorrências junto aos órgãos de segurança pública varia de intensidade entre as diferentes regiões analisadas;
- as variações no número de ocorrências registradas também resultam de diferenciações dos procedimentos adotados em cada sistema de registro e coleta de informações criminais de cada uma das 27 Polícias Civis. (BRASIL, 2006)

Em outras palavras, as diferenças entre as taxas de ocorrência de delitos das diferentes regiões podem indicar menos uma diferença no nível de incidência entre estas regiões e mais uma diferenciação nos níveis de subnotificação e nos procedimentos adotados pelas organizações policiais.

Ocorrências de Estupro no Brasil (2001 a 2005)
(registradas pelas Polícias Civis)



Fonte: Brasil, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2006.

Ocorrências de Estupro no Brasil por Regiões (2001 a 2005)
(registradas pelas Polícias Civis)

2001		
Brasil e Regiões	**Nº de Ocorrências**	**Taxa por 100 mil mulheres**
Norte	1.502	22,98
Nordeste	2.537	10,30
Sudeste	6.266	16,70
Sul	2.897	22,49
Centro-Oeste	1.507	25,28
Total 2001	**14.709**	**16,80**

2002		
Brasil e Regiões	**Nº de Ocorrências**	**Taxa por 100 mil mulheres**
Norte	1.390	20,86
Nordeste	2.543	10,22
Sudeste	6.294	16,55
Sul	2.494	19,15
Centro-Oeste	1.499	24,70
Total 2002	**14.220**	**16,04**

2003		
Brasil e Regiões	**Nº de Ocorrências**	**Taxa por 100 mil mulheres**
Norte	1.421	20,89
Nordeste	2.745	10,91
Sudeste	6.098	15,84
Sul	2.583	19,61
Centro-Oeste	1.433	23,20
Total 2003	**14.280**	**15,90**

2004		
Brasil e Regiões	**Nº de Ocorrências**	**Taxa por 100 mil mulheres**
Norte	1.567	22,58
Nordeste	2.788	10,97
Sudeste	6.213	15,94
Sul	2.565	19,26
Centro-Oeste	1.586	25,23
Total 2004	**14.719**	**16,19**

2005		
Brasil e Regiões	**Nº de Ocorrências**	**Taxa por 100 mil mulheres**
Norte	1.686	23,24
Nordeste	2.769	10,65
Sudeste	6.375	15,91
Sul	2.831	20,73
Centro-Oeste	1.607	24,60
Total 2005	**15.268**	**16,33**

Fonte: Brasil, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Segurança Pública, com base em dados populacionais do IBGE.

Aspectos éticos e legais

Violência doméstica contra a mulher

A Lei n.º 11.340, de 7/8/06 (Lei Maria da Penha), que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, trata das medidas de assistência às mulheres em situação de violência:

> *Art. 9º A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso.*
> *(...)*
> *§ 3º A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar compreenderá o acesso aos benefícios decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo os serviços de contracepção de emergência, a profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outros procedimentos médicos necessários e cabíveis nos casos de violência sexual.* (BRASIL, 2006)

Notificação compulsória

A Lei nº 10.778, de 24/11/03 (BRASIL, 2003), determina a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher que sejam atendidos em serviços de saúde públicos e privados. As fichas de notificação devem ser enviadas aos serviços de referência sentinela, criados em 2004 pela Portaria n.º 2.406/GM, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Trata-se de uma medida fundamental para que se dimensione a magnitude do fenômeno da violência contra as mulheres e para a elaboração de políticas públicas para o enfrentamento do problema.

Tipificação da violência sexual

Estupro – o art. 213 do Código Penal (BRASIL, 1940) define como *"constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça"*. Entende-se por "conjunção carnal" o coito vaginal, o que limita esse crime ao sexo feminino; "violência" implica o emprego de força física capaz de vencer a resistência da vítima; já a "grave ameaça" significa uma promessa de causar tamanho mal, que seja capaz de impedir a resistência da vítima.

Atentado violento ao pudor – no art. 214 do Código Penal, é caracterizado como crime de *"constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal"*. Por incluir todas as situações diferentes do coito vaginal – manipulação digital erótica, cópula anal ou sexo oral – pode ser praticado contra ambos os sexos.

Presunção de violência – o art. 224 do Código Penal define as condições em que não ocorre o constrangimento pelo uso de força ou de grave ameaça, mas que caracterizam, igualmente, os crimes de estupro ou atentado violento ao pudor. Presume-se a violência quando *"a vítima é menor de 14 anos; é alienada ou débil mental e o agressor conhece esta circunstância; ou quando não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência"*.

Atendimento de crianças e adolescentes

O Ministério da Saúde orienta que a atenção prestada a crianças e adolescentes em situação de violência sexual também deve obedecer aos mesmos fundamentos éticos e legais que norteiam o atendimento a mulheres adultas. O *Marco Teórico e Referencial da Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens* (BRASIL, 2006a), publicado pelo Ministério da Saúde em 2006, estabelece diretrizes para o atendimento à saúde do adolescente no Sistema Único de Saúde. A partir das orientações contidas no Marco Teórico, profissionais de saúde que trabalham nas 40 mil unidades do SUS estão sendo capacitados para perceber os sinais e indicações de violência sexual e maus-tratos em crianças e adolescentes e orientados a respeitar a individualidade e a privacidade do jovem paciente. (BRASIL, 2006b, p. 2)

Além disso, o art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990) – estabelece que a suspeita ou confirmação de maus-tratos ou abuso sexual de criança ou adolescente menor de 18 anos deve ser obrigatoriamente comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude.

Segundo o Ministério da Saúde, alguns estudos têm constatado uma relação entre a violência sexual e a gravidez na faixa etária dos 10 aos 14 anos. O Ministério salienta ainda que:

> ... em muitos casos, a gravidez na adolescência está relacionada com a situação de vulnerabilidade social, bem como com a falta de informação e acesso aos serviços de saúde, e ao baixo *status* de adolescentes mulheres nas relações sociais vigentes, sobretudo das pobres e negras. (BRASIL, 2006b, p. 18)

Sobre a prescrição da contracepção de emergência para adolescentes, o Ministério da Saúde declara que se trata de um direito da adolescente e uma responsabilidade do profissional. O Ministério cita documento emitido conjuntamente, em 2002, pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia segundo o qual "o uso adequado da AE em adolescentes é tão seguro e eficaz quanto o uso em mulheres adultas" (BRASIL, 2006).

Aborto previsto em lei

O Código Penal brasileiro, datado de 1940, trata da questão do aborto em cinco artigos, de nºs 124 a 128. O art. 124 estabelece a pena de detenção por um a três anos em caso de aborto provocado pela gestante ou com o seu consentimento. Mas se o aborto é provocado por terceiro sem a autorização da mulher, a pena é de reclusão de três a dez anos (art. 125). Ainda no caso de aborto provocado sem o consentimento da gestante, a pena de reclusão é de um a quatro anos se a mulher for maior de 14 anos; abaixo dessa idade, ou se a gestante é considerada "alienada ou débil mental", ou ainda se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência, a reclusão é de três a dez anos (art. 126).

O artigo 127 do Código Penal brasileiro determina que as penas previstas nos artigos 125 e 126 para terceiros sejam aumentadas em um terço se ocorrer lesão corporal grave à mulher em conseqüência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo. Se a gestante vier a morrer por causa da lesão, a pena pode ser duplicada.

Entretanto, no Brasil o abortamento só é permitido e não se pune se for praticado por um médico, com o consentimento da gestante, e se o caso se enquadrar em uma das duas situações previstas no art. 128 do Código Penal (BRASIL, 1940): se não há outro meio de salvar a vida da gestante (aborto terapêutico) e se a gravidez é resultante de estupro (aborto sentimental). Segundo juristas especializados, no primeiro caso, considera-se que a vida da gestante é vida já formada, que fará maior falta à sociedade do que o feto, cuja vida ainda vai se formar. No segundo caso, considera-se que não seria justo obrigar a vítima do crime de estupro, depois de sofrê-lo, ainda ter que sofrer a punição de carregar o fruto desse crime.

Aborto seletivo em caso de anomalia fetal incompatível com a vida

Além dos casos definidos no Código Penal, o abortamento também pode ser permitido nos casos de anomalias fetais incompatíveis com a vida, o chamado "aborto seletivo", que no entanto só pode ser realizado com autorização judicial.

No Brasil, já existem diversos métodos para o diagnóstico de anomalias fetais. A ultra-sonografia, pelo custo relativamente baixo e disponibilidade na rede pública de saúde, é responsável por 50% dos diagnósticos, sendo que a anencefalia é a anomalia fetal mais freqüente. (GOLLOP, 2006, p. 74)

De 1993 a 2006, foram expedidos no Brasil mais de 3.000 alvarás judiciais autorizando o aborto em casos de anomalias fetais que inviabilizam a vida. Segundo o médico Thomaz Gollop, são raros os casos em que a autorização é negada – cerca de 3% dos pedidos – e em geral o alvará é concedido em decisão de segunda instância (GOLLOP, 2006, p. 76-78).

Aborto no sistema público de saúde

Segundo orienta a Norma Técnica do Ministério da Saúde, a mulher grávida que corre risco de morte com a gestação, ou que engravidou devido a um estupro, tem o direito de ser atendida na rede pública hospitalar. "Constitui um direito da mulher, que tem garantido, pela Constituição Federal e pelas Normas e Tratados Internacionais de Direitos Humanos, o direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva." (BRASIL, 2005, p. 42)

Dessa forma, todas as unidades de saúde que tenham serviços de ginecologia e obstetrícia constituídos deverão estar capacitadas para o atendimento aos casos de violência sexual. Segundo a Norma Técnica do Ministério da Saúde, "o limite de atuação de cada unidade depende da disponibilidade de recursos e situações de maior complexidade podem requerer mecanismos de referência e contra-referência" (BRASIL, 2005, p. 10).

Consentimento da mulher

O Código Penal estabelece que é imprescindível o consentimento por escrito da mulher para a realização do abortamento em caso de violência sexual, que deve ser anexado ao prontuário médico.

De acordo com o Código Civil, a partir dos 18 anos a mulher é considerada capaz de consentir sozinha para a realização do abortamento; entre 16 e 18 anos, a adolescente deve ser assistida pelos pais ou pelo representante legal, que se manifestam com ela. Se tiver menos que 16 anos, ela deve ser representada pelos pais ou o representante legal, que se manifestam por ela. Quando não existe concordância entre a criança/adolescente e o responsável, o caso deve ser tratado individualmente, conversando-se com a família. Se o desacordo persistir, solicita-se o aval do Juizado da Infância e da Juventude.

O consentimento de um representante legal também é necessário se a mulher, por qualquer razão, não tiver condição de discernimento e expressão de sua vontade, como no caso de deficientes mentais.

Também deverá ser respeitada a sua vontade se não consentir com o abortamento, que não deverá ser praticado, ainda que seus representantes legais assim o queiram.

Dispensa de documentos

Estudo da Febrasgo (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) realizado em 2004 mostrou que 66% dos ginecologistas pesquisados pensavam ser preciso alvará judicial para fazer o aborto em casos de estupro e de risco à vida da gestante, situações em que a interrupção da gravidez é permitida pelo Código Penal desde 1940.

Jorge Andalaft, presidente da Comissão de Violência Sexual e Interrupção da Gestação da Febrasgo, diz que, especialmente nas cidades do interior, os ginecologistas se sentem sozinhos e inseguros em realizar o aborto, mesmo os assegurados por lei. "Sem estrutura, ninguém arrisca," diz o médico.

O Código Penal não exige qualquer documento – Boletim de Ocorrência Policial, laudo do Instituto Médico Legal ou autorização judicial – para a prática do abortamento no caso de estupro, a não ser o consentimento da mulher. Isso quer dizer que a mulher que sofreu violência sexual não tem o dever legal de registrar essa ocorrência na polícia. E, embora ela deva ser orientada a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, para que o criminoso não fique impune, caso ela não queira fazê-lo não se pode negar-lhe o direito ao abortamento. Segundo o Ministério da Saúde, "a exigência de apresentação destes documentos para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal" (BRASIL, 2005, p. 16).

A esse respeito, o Ministério da Saúde dá as seguintes orientações:

> *A palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à polícia ou à Justiça.*

> *O/a médico/a e demais profissionais de saúde não devem temer possíveis conseqüências jurídicas, caso revele-se posteriormente que a gravidez não foi resultado de violência sexual. Segundo o Código Penal, art. 20, § 1º,* 'é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima'. *Se todas as cautelas procedimentais foram cumpridas pelo serviço de saúde, no caso de verificar-se, posteriormente, a inverdade da alegação, somente a gestante, em tal caso, responderá criminalmente.* (BRASIL, 2005, p. 42)
>
> *É desejável que conste no termo de consentimento a informação à mulher ou a seu representante legal da possibilidade de responsabilização criminal, caso as declarações prestadas forem falsas, conforme art. 299 do Código Penal, sem prejuízo para a credibilidade da palavra da mulher.* (BRASIL, 2005, p. 46)

Já no caso de a gravidez colocar em risco a vida da gestante, solicita-se um diagnóstico assinado por três médicos.

Procedimentos para interrupção da gravidez no SUS

O Código Penal Brasileiro determina que o chamado "aborto humanitário ou sentimental", previsto no art. 128, seja praticado por médico e com o consentimento da mulher. Para que esse procedimento possa ser realizado no Sistema Único de Saúde e que se garanta aos profissionais de saúde envolvidos a segurança jurídica adequada, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria MS/GM n.º 1.508/2005 (BRASIL, 2005). Esse documento dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, que é a condição necessária (exceto nos casos de risco de morte da mulher) para adoção de qualquer medida de interrupção da gestação no âmbito do SUS.

O procedimento divide-se em quatro fases, que devem ser registradas no formato de Termos, a serem anexados ao prontuário médico da paciente.

Na 1.ª fase, a própria gestante faz um relato sobre as circunstâncias do evento, isto é, da violência sexual, perante dois profissionais de saúde do serviço. O relato deve conter informações sobre: local, dia e hora aproximada do fato; tipo e forma de violência; descrição dos agentes da conduta, se possível; e identificação de testemunhas, se houver. O Termo de Relato Circunstanciado é então assinado pela paciente – ou, quando incapaz, por seu representante lega l–, bem como por dois profissionais de saúde do serviço.

Na 2.ª fase, o médico emite um parecer técnico após realizar detalhada anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultra-sonográfico e quaisquer exames complementares. Ao mesmo tempo, a paciente recebe atenção especializada de uma equipe de saúde multiprofissional (composta, no mínimo, por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo), que a examinará e anotará suas avaliações em documentos específicos. No mínimo três integrantes da equipe de saúde multiprofissional deverão assinar o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez, não podendo haver desconformidade com a conclusão do parecer técnico.

Para a 3.ª fase a gestante assina o Termo de Responsabilidade – ou, se for incapaz, o seu representante legal – que contém advertência expressa sobre os crimes de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e de aborto (art. 124 do Código Penal), caso não tenha sido vítima de violência sexual.

A 4.ª fase se encerra com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que obedece aos seguintes requisitos:

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

a) os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde;

b) os procedimentos que serão adotados quando da realização da intervenção médica;

c) a forma de acompanhamento e assistência, assim como os profissionais responsáveis; e

d) a garantia do sigilo que assegure sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos, exceto quanto aos documentos subscritos por ela em caso de requisição judicial;

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

III. *deverá conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez.* (BRASIL, 2005)

Omissão

A gravidade da situação e os riscos físicos e mentais que a violência, em especial a violência sexual, acarreta para as mulheres exigem um rigoroso cumprimento da atenção em saúde. A assistência à saúde da pessoa que sofre violência sexual é prioritária e a recusa infundada e injustificada de prestar atendimento pode ser caracterizada, ética e legalmente, como omissão (art. 13, § 2.º do Código Penal) (BRASIL, 1940). Nesse caso, o médico pode ser responsabilizado civil e criminalmente pela morte da mulher ou pelos danos físicos e mentais que ela vier a sofrer.

Resistência ao abortamento

Muitas vezes, por motivos pessoais, de ordem religiosa, moral ou ética, os profissionais de saúde têm dificuldades de aceitar e/ou realizar uma interrupção de gravidez, mesmo que ela seja autorizada por lei. Segundo os médicos Aníbal Faúndes e José Barzelatto, o receio do julgamento dos colegas e a pressão por eles exercida também contribuem para dificultar essa aceitação. Por outro lado:

> *Os profissionais de saúde se sentem confortáveis ao oferecer serviços de aborto legal quando se sentem apoiados pelos seus colegas. Estes passam a dar seu apoio quando compreendem que ninguém está tentando promover o aborto, mas apenas evitando que mulheres, que têm o direito legal a um aborto seguro, passem a correr*

os riscos de complicações e morte ao submeterem-se a procedimentos clandestinos. (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004, p. 230)

Para Faúndes e Barzelatto (2004, p. 262-263), "a verdade é que praticamente ninguém está a favor do aborto '*per se*' ou contra o aborto, sem exceção". O problema, segundo esses autores, é que o debate público tem sido dominado por duas visões extremas: uma que defende que a mulher sempre tem o direito de decidir sobre seu corpo e, portanto, sobre o destino do feto, pois ele faz parte de seu corpo e não tem uma existência independente – ao contrário, depende totalmente do corpo da mulher para se desenvolver; já o outro extremo alega que os direitos do feto se sobrepõem aos direitos da mulher grávida, pois desde o momento da fecundação ele se torna um novo ser, que tem direitos, entre eles o direito à vida. De acordo com os médicos citados, a maioria das pessoas não concorda com nenhum desses dois extremos, havendo na realidade um "consenso básico" a respeito do aborto:

1. ninguém gosta de ter um aborto, nem da idéia de que outras pessoas abortem, apesar de todos concordarem que o aborto se justifica moralmente em certas circunstâncias excepcionais;
2. há abortos em demasia que deveriam ser evitados;
3. o aborto inseguro é um problema de saúde pública de grandes dimensões. (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004, p. 263).

Objeção de consciência

O art. 7.º do Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1988) assegura que *"o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente"*.

São direitos do médico:

"indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as

práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país" (art. 21);

"recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência" (art. 28).

Assim, nos casos de gravidez resultante de violência sexual, são garantidos ao médico os direitos à objeção de consciência e de recusa em realizar o abortamento.

É importante ressaltar que, no caso de objeção de consciência, o médico deve garantir a atenção ao abortamento por outro profissional da instituição ou de outro serviço.

Não cabe a alegação de objeção de consciência nas seguintes situações:

1. risco de morte para a mulher;
2. em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro profissional que o faça;
3. quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do profissional;
4. no atendimento de complicações derivadas do abortamento inseguro, por se tratar de casos de urgência.

Segundo a Norma Técnica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 43-44), é dever do Estado e dos gestores de saúde manter nos hospitais públicos profissionais que não manifestem objeção de consciência e que realizem o abortamento previsto por lei. Caso a mulher venha a sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica em decorrência da omissão, ela poderá recorrer à responsabilização pessoal e/ou institucional.

Sobre o funcionamento dos serviços

A importância da formação de redes de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual

Ao assinar diversos tratados e documentos internacionais que definem medidas para eliminar a violência contra as mulheres, o governo brasileiro assumiu o compromisso de prevenir, proteger, dar assistência, punir e erradicar os vários tipos de violência, entre eles a violência doméstica e sexual. Mas essas medidas não dependem somente do Governo Federal, mas também de diferentes setores nos âmbitos dos governos estaduais e municipais e da sociedade, e não se restringem ao atendimento à saúde, abrangendo uma atenção multiprofissional que envolve também os sistemas de segurança pública, assistência social, proteção de direitos de crianças, adolescentes e idosos, educação, trabalho, assistência jurídica, etc.

Capacitação, ampliação e consolidação de redes

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) coloca como meta, em seu Plano de Ação para o período 2004–2007, a ampliação em 30% da rede nacional de serviços especializados de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Para isso, é fundamental a capacitação dos diferentes profissionais que atuam diretamente nos programas e serviços, possibilitando assim a formação de redes de atenção integral e a consolidação dos serviços já existentes. Por sua vez, essas redes devem trabalhar de forma articulada com as redes e os sistemas de proteção dos direitos de crianças e adolescentes e de idosos. Esse esforço deve ser ainda realizado de forma articulada com as ações de prevenção às DST/aids e às hepatites e buscar promover o empoderamento da mulher e da adolescente e a não-repetição da violência.

Para esse trabalho de sensibilização e capacitação, o Ministério da Saúde elaborou um documento intitulado *Matriz Pe-*

As unidades de saúde com serviços de ginecologia e obstetrícia devem estar capacitadas para o atendimento aos casos de violência. O limite de atuação de cada unidade depende da disponibilidade de recursos, sendo que situações de maior complexidade podem requerer mecanismos de referência e contra-referência.

A elevada prevalência da violência sexual exige que o maior número possível de unidades de saúde esteja preparada para atuar nos casos de emergência. O atendimento imediato à vítima de violência sexual recente permite oferecer medidas de proteção, como a contracepção de emergência ou a profilaxia das DST/HIV, evitando danos futuros para a saúde da mulher. Por outro lado, a atenção ao abortamento previsto por lei necessita de maiores recursos, que estão disponíveis apenas em unidades de saúde específicas.

É desejável que a equipe de saúde seja composta por médicos, psicólogos, enfermeiras e assistentes sociais. Entretanto, a falta de um ou mais profissionais na equipe – exceto o médico – não inviabiliza o atendimento. Todos esses profissionais devem estar sensibilizados para as questões de violência contra as mulheres e capacitados para acolher e oferecer suporte às suas principais demandas. Serviços de saúde de referência para casos de maior complexidade podem incluir na equipe multidisciplinar especialistas em pediatria, infectologia, cirurgia, traumatologia ou psiquiatria.

Serviços de aborto previsto em lei

Embora o aborto em caso de estupro seja permitido desde 1940, o primeiro serviço público de atendimento a vítimas de violência sexual foi implantado apenas em 1989, em São Paulo, no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya (mais conhecido como Hospital do Jabaquara).

De acordo com o Ministério da Saúde (AGÊNCIA CARTA MAIOR, 2005), existem hoje em diversas cidades do país serviços especializados no atendimento de mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Eles estão instala-

dos em unidades hospitalares, públicas e privadas, sendo que algumas também realizam a interrupção da gravidez prevista em lei. Além disso, existem também equipes treinadas para atender casos de violência sexual – em unidades básicas de saúde e serviços de atendimento especializado em DST/HIV/hepatite B – com pessoal capacitado para oferecer o primeiro atendimento e encaminhar a paciente para um serviço de referência.

Contudo, o próprio Ministério admite que

> parte importante das mulheres ainda não tem acesso a serviços de saúde que realizem o abortamento, mesmo quando previsto e permitido pela legislação. Por falta de informação sobre seus direitos ou por dificuldade de acesso a serviços seguros, muitas mulheres, convencidas de interromper a gestação, recorrem aos serviços clandestinos de abortamento, freqüentemente em condições inseguras e com graves conseqüências para a saúde, incluindo-se a morte da mulher (BRASIL, 2005, p. 41).

Exemplos importantes

Desde sua implantação, o serviço do Hospital do Jabaquara atende uma média de seis mulheres estupradas por mês, sendo que, de cada seis, uma está grávida. Nestes mais de quinze anos de funcionamento, já foram atendidas mais de 1.200 mulheres violentadas, sendo que cerca de 200 abortaram. Em 2005, foram realizados 25 abortos: três de fetos com malformação (com autorização judicial), quatro em gestantes sob risco de vida e 18 em casos de estupro. Entre as que foram violentadas, metade tinha idade média de 15 anos e metade estava na faixa dos 30 anos (OUVIDOS..., 2006).

O Hospital Pérola Byington (SP) tem um serviço de violência sexual – o maior da América Latina – que atende diariamente até 12 casos de violência sexual contra a mulher (SÃO..., 2006), sendo que 70% são de penetração do pênis na vagina (o que configura a ocorrência como estupro). A maioria das vítimas atendidas no serviço é jovem, entre 14 e 18 anos; e o agressor, na maior parte dos casos, é conhecido – pai, padrasto ou vizinho.

O programa de atendimento a vítimas de violência sexual no Hospital Universitário Júlio Muller é o único centro de referência no Estado do Mato Grosso a oferecer exames preventivos (gravidez, DST/AIDS e hepatite), apoio psicológico e encaminhamento para medicação anti-retroviral. Em quase cinco anos, o serviço atendeu 296 casos, sendo que 47% deles em 2005. A média mensal de procedimentos subiu de dois pacientes para 18. A maioria das vítimas são meninas de 11 a 18 anos (CRESCE..., 2006).

Dossiê coletou dados sobre os serviços

A ONG Católicas pelo Direito de Decidir (CDD) elaborou um levantamento sobre os serviços públicos de saúde que atendem os casos de aborto permitido por lei em hospitais públicos brasileiros (DOSSIÊ..., 2005). A pesquisa coletou dados desde 1989, quando foi o criado o primeiro serviço no país, até 2004.

Foram pesquisados 56 hospitais públicos – estaduais, municipais e universitários – em 24 estados. Desse total, 37 instituições declararam prestar atendimento aos casos de aborto previsto em lei. A maioria delas (78%) afirma ter realizado, no máximo, 30 procedimentos desde 1989. Só dois serviços (nos hospitais Pérola Byington e Jabaquara, em São Paulo) registraram mais de 270 atendimentos. No total, a pesquisa revela que 1.266 interrupções de gravidez foram realizadas pelos serviços legais de aborto, sendo que 70% ocorreram na região Sudeste (TALIB; CITELI, 2005, p. 53).

Segundo o levantamento, em cinco estados as mulheres não dispõem de serviços públicos que realizam o abortamento permitido em lei: Roraima, Amapá, Tocantins, Piauí e Mato Grosso do Sul. Em outros dois, Ceará e Goiás, apesar de existirem equipes treinadas, os serviços nunca foram usados.

Como os serviços atendem a mulher que sofreu agressão?

Com respeito e solidariedade. A mulher ou adolescente que enfrentou uma situação de violência doméstica e/ou sexual está muito fragilizada. Muitas vezes ela chega ao serviço após passar pela delegacia e pelo Instituto Médico Legal, onde nem sempre encontra pessoal preparado para atendê-la com dignidade.

Especialistas analisam que a invisibilidade das questões de violência sexual nos atendimentos também está relacionada às dificuldades dos vários profissionais envolvidos em lidar com o tema da sexualidade. Isso se deve, em parte, a uma postura moralista da sociedade quando se trata de sexo e também à ausência do tema da violência sexual e doméstica nos currículos dos cursos superiores no país, que produzem profissionais não capacitados para lidar com o assunto.

O modelo de serviço adotado no Brasil, que inclui atendimento médico, social e psicológico, foi implantado posteriormente no México, Bolívia, Equador, Argentina e Nicarágua (EM DEFESA..., 2005)

> *Os protocolos de assistência às mulheres em situação de violência sexual, desenvolvidos e implantados no Brasil, são considerados exemplares e inspiram iniciativas semelhantes em muitos países, principalmente da América Latina. Esse reconhecimento não resulta exclusivamente da qualidade técnica e do cuidado científico desses protocolos. Neles há um forte sentido de resposta do setor saúde ao fenômeno da violência sexual, com a incorporação da perspectiva da violência de gênero, da violação de direitos humanos e do problema de saúde pública. Esses conceitos modificaram decisivamente a percepção do setor saúde sobre a violência contra a mulher, colaborando para derrubar mitos e estereótipos.* (DREZETT, 2005, p. 30-31)

Mais que atendimento, o acolhimento da mulher

O acolhimento é o atendimento humanizado, elemento fundamental para a qualidade da atenção a ser oferecida para a mulher que sofreu violência.

> *A humanização implica uma relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto. Ela remete à consideração de seus sentimentos, desejos, idéias e concepções, valorizando a percepção pela própria usuária da situação que está vivenciando, conseqüências e possibilidades.(BRASIL, 2005, p. 20)*

> *Por acolher entende-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à mulher em situação de violência sexual. O acolhimento pressupõe receber e escutar essas mulheres, com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas.*
> *As mulheres em situação de violência sexual devem ser informadas, sempre que possível, sobre tudo o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância de cada medida. Sua autonomia deve ser respeitada, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento. (BRASIL, 2005, p. 13)*

Esse acolhimento é prestado por uma equipe multidisciplinar, composta por médicos/as, psicólogas/os, enfermeiras/os e assistentes sociais. Cada um dos integrantes dessa equipe deve estar sensibilizado para as questões relacionadas à violência contra as mulheres e capacitado para acolhê-las e dar suporte às suas principais demandas. Para tanto, esses profissionais devem participar periodicamente de atividades de capacitação e atualização, como oficinas, grupos de discussão, cursos e treinamentos. Isso é muito importante, pois além de ampliar e renovar conhecimentos, esses eventos possibilitam a troca de experiências e percepções, a discussão sobre preconceitos e os sentimentos de cada um em relação às questões com as quais lidam em seu cotidiano no serviço.

Apoio psicossocial

A violência contra a mulher produz um forte impacto sobre sua saúde física e mental, assim como sobre seus familiares. O serviço deve estar preparado para oferecer atendimento psicológico e social, bem como outras medidas visando ao fortalecimento e à estruturação emocional e social da mulher, para ajudá-la a enfrentar os conflitos e os problemas relacionados à situação de violência. O atendimento psicológico deve ser iniciado o mais breve possível, de preferência desde a primeira consulta, e mantido durante todo o período de atendimento e pelo tempo que for necessário.

A equipe de saúde deve apoiar as mulheres e familiares no reconhecimento do problema da violência, oferecendo espaços de escuta e procurando compreender e acreditar no depoimento das vítimas e também contextualizar os diversos aspectos socioculturais, históricos e econômicos envolvidos. É importante não culpabilizar a mulher e não acelerar ou influenciar em suas decisões, procurando sempre manter uma atitude desprovida de julgamentos e preconceitos e respeitar suas crenças e sistemas de valores.

No caso de violência cometida pelo parceiro íntimo, a mulher pode estar assustada, traumatizada e emocionalmente ferida. Seus limites precisam ser respeitados. É fundamental respeitar a autonomia, a individualidade e os direitos das mulheres e adolescentes em situação de violência sexual. Deve-se resguardar sua identidade, tanto dentro da instituição, como no espaço público (por exemplo, junto à mídia, à comunidade etc.).

Da mesma forma, deve-se respeitar a vontade expressa da vítima de não revelar sua história a familiares ou outras pessoas. É importante reconhecer também que cada pessoa deve decidir, por conta própria e a seu tempo, se quer ou não romper a situação de violência. A pressa do profissional para obter mudanças e resultados imediatos pode intimidar a mulher ou mesmo paralisá-la.

Os primeiros procedimentos

A violência doméstica e/ou sexual cometida contra mulheres e adolescentes produz danos físicos, psicológicos e sociais, fazendo com que elas fiquem mais vulneráveis a outros problemas, como: infecção por DSTs (doenças sexualmente transmissíveis), inclusive o HIV, gravidez indesejada, aborto inseguro, depressão, uso de drogas, etc.

Segundo o Ministério da Saúde, mais da metade dos casos de violência sexual ocorre durante o período reprodutivo da vida da mulher e a taxa de gravidez varia entre 1% a 5%. É importante salientar que, para a maioria das mulheres, a gravidez decorrente de estupro representa mais uma forma de violência.

Estudos têm mostrado que entre 16% e 58% das mulheres que sofrem violência sexual são infectadas por pelo menos uma DST. Grande parte das infecções genitais decorrentes da violência sexual – doenças como gonorréia, sífilis, clamidiose, tricomoníase e cancro mole – pode ser prevenida com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia.

Já o risco de infecção pelo HIV em caso de violência sexual fica entre 0,8% e 2,7%. De acordo com o Ministério da Saúde, a profilaxia do HIV com o uso de medicamentos anti-retrovirais em situações de violência sexual é um procedimento relativamente complexo e novo. Embora não existam estudos definitivos que assegurem que os anti-retrovirais protegem (ou que não protegem) a mulher que sofreu violência sexual da infecção pelo HIV, tem sido levado em conta o êxito desse procedimento em outras situações, como na prevenção da transmissão do vírus durante a gravidez e o parto ou nos casos de acidentes entre profissionais de saúde.

Além disso, o Ministério da Saúde declara que "os Serviços Especializados no Atendimento a Mulheres em Situação de Violência Sexual têm encontrado indicadores consistentes da eficácia profilática dos anti-retrovirais, com expressiva adesão das mulheres ao tratamento" (BRASIL, 2005, p. 34).

Para evitar esses agravos, as mulheres e adolescentes que sofreram violência devem procurar atendimento nos serviços es-

pecializados imediatamente após a agressão. A atenção imediata permite que sejam tomadas medidas de proteção, como a contracepção de emergência (método anticonceptivo que utiliza compostos hormonais concentrados e por curto período de tempo) e a prevenção de DST/HIV, que devem ser aplicadas nas primeiras 72 horas após a relação sexual forçada, evitando danos futuros para a saúde da mulher.

Os hospitais e prontos-socorros da rede pública de saúde estão preparados para prestar o primeiro atendimento à mulher que sofreu violência, providenciando o seu posterior encaminhamento para um dos serviços de atenção a mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, que têm condições de realizar o acompanhamento médico, psicológico e de serviço social, inclusive a interrupção da gravidez no caso de estupro, se for o desejo da paciente.

As informações sobre a violência sofrida e suas circunstâncias, assim como os dados colhidos nos exames físico e ginecológico (incluindo a coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais e para identificação do agressor), e as medidas que foram tomadas devem ser cuidadosamente descritas e registradas no prontuário médico.

Após o atendimento médico, se a mulher tiver condições e se for sua vontade, ela poderá ir a uma delegacia para registrar o Boletim de Ocorrência Policial, prestar depoimento ou submeter-se a exame pelos peritos do IML (Instituto Médico Legal).

Resistência da classe médica ao uso da contracepção de emergência

Pesquisa feita pela Febrasgo (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) (GOVERNO..., 2005) com 579 ginecologistas revelou que 30% consideravam a contracepção de emergência um método abortivo e não a receitavam.

Na opinião do médico Jorge Andalaft Neto, presidente da comissão de violência sexual e interrupção da gestação da Febrasgo, hoje a aceitação dos médicos é muito maior porque eles estão mais bem informados sobre o contraceptivo. Para Andalaft,

os que se posicionam contrários ao método o fazem por convicções religiosas ou por falta de informação científica.

A esse respeito, a Norma Técnica do Ministério da Saúde esclarece que a contracepção de emergência "impede a fecundação. Não existem evidências científicas de que exerça efeitos após a fecundação, de que atue impedindo a implantação ou que implique a eliminação precoce do embrião. Não há efeitos abortivos" (BRASIL, 2005, p. 23).

Segundo as pesquisadoras Rosângela Talib e Maria Teresa Citeli (2005, p. 32), profissionais que atuam nos serviços afirmam que "houve uma queda de 60% nos pedidos de aborto" desde que se iniciou a distribuição da contracepção de emergência.

Em caso de gravidez

Nem todas as mulheres que recorrem aos serviços de atenção a vítimas de violência sexual para interromper uma gestação podem ser atendidas. De cada três solicitações de aborto recebidas pelo Hospital do Jabaquara, só um é realizado. Segundo o obstetra Osmar Colás[1], na maioria das vezes a rejeição ocorre porque as mulheres procuram tardiamente o hospital, após o terceiro mês da gravidez.

É importante ressaltar que a mulher tem direito de receber, de forma clara e acessível, todas as informações necessárias para tomar a melhor decisão, seja sobre dar continuidade ou não a uma gestação resultante da violência, ou a respeito de qualquer situação ou procedimento envolvido. Cabe aos profissionais de saúde esclarecer a mulher sobre seu direito de interromper a gestação e apresentar também a alternativa de levar adiante a gravidez, com a garantia de assistência pré-natal e a opção de entrega da criança para adoção. Nessa última hipótese, os serviços de saúde irão tomar as medidas necessárias junto às autoridades que compõem a rede de atendimento para garantir o processo regular de adoção.

Respeitando os princípios da confidencialidade e da privacidade, a equipe de saúde deve fornecer essas informações de ma-

[1] Em entrevista ao jornal O Estado de S.Paulo, 21/8/97.

neira cuidadosa, levando em consideração as condições emocionais da mulher. Ela deve receber todos os esclarecimentos e ser informada sobre tudo o que será feito, como por exemplo: a segurança do procedimento e os riscos envolvidos, as medidas para aliviar a dor, o tempo de duração do procedimento e de permanência no serviço. Caso a mulher manifeste dúvidas ou medos, a equipe de saúde deve ouvir com atenção e dar orientações e respostas adequadas.

Alguns conceitos sobre abortamento

A rigor, e sob a perspectiva da saúde, abortamento é a interrupção da gravidez até a 20.ª ou 22.ª semana de gestação, e com o produto da concepção pesando menos que 500g (BRASIL, 2005, p. 45). Aborto é o produto da concepção que é retirado pelo abortamento. Contudo, no cotidiano usa-se a palavra aborto para ambos os casos.

O abortamento é considerado inseguro quando praticado em condições inadequadas e/ou por pessoal com capacitação insuficiente para realizar o procedimento. Feito nessas condições, aumentam os riscos de danos à saúde, que podem resultar no comprometimento da saúde reprodutiva ou mesmo na morte da mulher: cerca de 13% das mortes maternas no mundo ocorrem em conseqüência de abortos realizados de forma insegura. Na América do Sul, 24% das mortes maternas são em conseqüência do aborto.

Por outro lado, se realizado em ambiente apropriado, com técnica adequada, e com profissionais de saúde capacitados, o abortamento induzido é um procedimento considerado seguro e que apresenta riscos muito pequenos se comparado com outros procedimentos médicos.

Procedimentos para interrupção da gravidez

O Ministério da Saúde determina que, além dos equipamentos próprios de um centro cirúrgico, os serviços de referência que realizam a interrupção da gravidez nos casos previstos por lei devem contar com material para aspiração uterina – AEV

(aspiração elétrica a vácuo) ou AMIU (aspiração manual intra-uterina) ou material para dilatação e curetagem (BRASIL, 2005, p. 11), além de disporem de medicamentos à base de misoprostol.

De acordo com orientação da Organização Mundial da Saúde e da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, para a interrupção de uma gravidez com até 12 semanas o método de escolha é a aspiração a vácuo, procedimento seguro, rápido e eficiente. Para as gestações com mais de 12 e menos de 20 semanas, recomenda-se a utilização do princípio ativo misoprostol para a dilatação cervical e expulsão ovular.

Referências

ABORTO autorizado enfrenta falta de estrutura e resistência médica. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 4 jul. 2004.

AGÊNCIA CARTA MAIOR. *Mulheres enfrentam dificuldade para realizar aborto legal*. 25 out. 2005. Disponível em: <http://agenciacartamaior.uol.com.br/templates/materiaMostrar.cfm?materia_id =3965>. Acesso em: 16 out. 2006.

AMARAL, Luiz. *Técnica de jornal e periódico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; Brasília: INL, 1978. 259 p.

BARBEIRO, Heródoto. *Você na telinha:* como usar a mídia a seu favor. São Paulo: Futura, 2002. 143 p.

BELTRÃO, Luiz. *A imprensa informativa*. São Paulo: Folco Masucci, 1969. 424 p.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 12 set. 2006.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. *Análise das ocorrências registradas pelas polícias civis*: (janeiro de 2004 a dezembro de 2005). set. 2006. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/senasp/estatisticas/mapacrime/Mapacrime2004_2005.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2006.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. *Considerações metodológicas*. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/senasp/estatisticas/estat_ocorrencia.htm>. Acesso em: 3 nov. 2006.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. *Mapa de ocorrências no Brasil (2001 a 2003)*. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/senasp/pesquisas_aplicadas/mapa/index_brasil.htm>. Acesso em: 3 nov. 2006.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. *Mapa de ocorrências no Brasil por regiões geográficas (2001 a 2003)*. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/senasp/pesquisas_aplicadas/mapa/index_regioes.htm>. Acesso em: 3 nov. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Agência Saúde. *Ministério institui serviço para notificação de violência contra a mulher*. 24 nov. 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=973>. Acesso em: 17 ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. *Saúde, Brasil.* jun. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_junho_2006.pdf>. Acesso em: 16 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde; CRITERIUM . *Planejamento familiar*. [S.l.: s.n.], 2005. 37 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.508, de 1.º de setembro de 2005. Dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 set. 2005. Seção 1, p. 124. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id= 6233&tipo= PORTARIA&orgao=Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro&numero=1508&situacao=VIGENTE&data=01-09-2005>. Acesso em: 27 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.406, de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 nov. 2004. Seção 1, p. 84. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/2406.htm>. Acesso em: 16 out. 2006. Republicada em: 9 nov. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Marco teórico e referencial*: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 56 p. Versão preliminar.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual*: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional*

de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48 p.

_____. 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. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 70 p. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/norma_tecnicaPrevencao2.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2006.

_____. Presidência. Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm>. Acesso em: 12 set. 2006.

_____. Presidência. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul.1990. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/eca01.htm>. Acesso em: 12 set. 2006.

_____. Presidência. Lei n.º 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 União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 nov. 2003. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/violenciacontramulher.htm#>. Acesso em: 12 set. 2006.

_____. Presidência. Lei n.º 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. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em: 16 ago. 2006.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Projeto de Lei da Câmara n.º 37, 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. 14 p. Disponível em: <http://200.130.7.5/spmu/docs/PL_violencia_Senado.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2006.

CATHOLICS FOR A FREE CHOICE. *Media matters*. [S.l.]: Susan Peterson Productions Inc., 1995. 30 p.

CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR & IBOPE. *Pesquisa de opinião dos católicos brasileiros sobre direitos reprodutivos, relação Igreja-Estado e temas relacionados*. fev. 2005. Disponível em: <http://www2.ibope.com.br/CalandraKBX/filesmng.nsf/Opiniao%20Publica/Downloads/opp008_catolicos_brasileiros_nucleo3.pdf/$File/opp008_catolicos_brasileiros_nucleo3.pdf>. Acesso em: 16 out. 2006.

CFEMEA. Aborto na legislação brasileira; garantias no código penal: risco de vida e estupro; aborto como questão de saúde. *Jornal Fêmea*, [S.l.], n. 84. Disponível em: <http://www.cfemea.org.br/guia/detalhe.asp?IDGuia=11>. Acesso em: 27 jul. 2006.

COMISSÃO DE CIDADANIA E REPRODUÇÃO & IBOPE. *A ampliação do direito ao aborto no Brasil*. [S.l.]: Mimeo, 2005. 5 p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1.246, de 8 de janeiro de 1988. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 1988. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=codigoetica&portal=>. Acesso em: 13/09/06.

CONVENÇÃO interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher : "Convenção de Belém do Pará" (1994). Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Onu/Mulher/texto/texto_10.html>. Acesso em: 11 set. 2006. Adotada pela Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos.

CRESCE procura por atendimento. *A Gazeta de Cuiabá*, Cuiabá, 6 ago. 2006.

CRITERIUM & BRASIL. Ministério da Saúde. *Planejamento familiar*. [S.l.: s.n.], 2005. 37 p.

DOSSIÊ de ONG aponta falhas em serviços. *Folha de S. Paulo*, 27 set. 2005.

DREZETT, Jefferson. Processos e práticas da implementação dos protocolos de assistência à violência sexual no Brasil. In: ADESSE, Leila (Org.). *A saúde sexual e reprodutiva da mulher no Brasil*: diferentes visões no contexto do aborto. Porto Alegre: Metrópole, 2005. p. 29-41.

EM DEFESA das mulheres. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo, 25 jun. 2005. Disponível em: <http://txt.estado.com.br/suplementos/fem/2005/06/25/fem006.xml>. Acesso em: 11 set. 2006.

FAÚNDES, Aníbal; BARZELATTO, José. *O drama do aborto*: em busca de um consenso. Campinas: Komedi, 2004. 304 p.

FOLHA DE S.PAULO. *Manual da redação*. 2. ed. São Paulo: Publifolha, 2001. 391 p.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. 2001. Disponível em: < http://www2.fpa.org.br/portal/modules/news/index.php?storytopic=253>. Acesso em: 12 set. 2006.

GOLLOP, Thomaz Rafael. Abortamento por anomalia fetal. In: CAVALCANTE, Alcilene (Org.); XAVIER, Dulce (Org.). *Em defesa da vida*: aborto e direitos humanos. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006. p. 69-80.

GOVERNO eleva a distribuição de pílulas do dia seguinte. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 14 fev. 2005.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. *Portal violência contra a mulher*: sobre a violência contra a mulher. 2004. Disponível em: <http://copodeleite.rits.org.br/apcaapatriciagalvao/home/noticias.shtml?x=105>. Acesso em: 12 set. 2006.

JOVENS são pragmáticos e angustiados. *O Estado de S. Paulo,* São Paulo, 9 set. 2006.

LUSTOSA, Elcias. *O texto da notícia*. Brasília: UnB, 1996. 192 p.

NOGUEIRA, Nemércio. *Media training*: melhorando as relações da empresa com os jornalistas. São Paulo: Cultura, 2003. 123 p.

OUVINTES atentos. *O Estado de S. de Paulo*, São Paulo, 8 mar. 2006.

POSIÇÃO dos paulistanos sobre aborto e eutanásia. *Datafolha*, 18 abr. 2005. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/datafolha/po/aborto_eutanasia_18042005.shtml>. Acesso em: 15 ago. 2006.

POSIÇÃO política, opinião sobre o aborto, pena de morte, descriminalização da maconha e maioridade penal. *Datafolha*, 14 ago. 2006. Disponível em: <http://datafolha.folha.uol.com.br/po/ver_po.php?session=268>. Acesso em: 15 ago. 2006.

SÃO Paulo registra três estupros por dia. *Folha de S. Paulo*, 4 maio 2006.

SÓ 10% das mulheres vítimas vão à polícia . *Folha de S. Paulo*, 15 jun. 2005.

SOUZA, Maria Cecília de Mello; ADESSE, Leila. *Violência sexual no Brasil:* perspectivas e desafios. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. Disponível em: <http://200.130.7.5/spmu/docs/violenciasexual.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2006.

TALIB, Rosângela Aparecida; CITELI, Maria Teresa. *Dossiê:* serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004). São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2005. 80 p.

20% DAS MULHERES são alvo de estupro. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 6 mar. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Sexual violence facts*. 2002a. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/sexualviolencefact.pdf>. Acesso em: 5 set. 2006.

_____. *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women.* 2005. Disponível em: <http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/>. Acesso em: 4 out. 2006.

_____. *World report on violence and health*. 2002b. Disponível em: <http://www.who.int/entity/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/index.html>. Acesso em: 12 set. 2006.

Outras fontes de informação e *links* de interesse

Mídia

Agência Estado – http://www.estadao.com.br

Agora São Paulo – http://www1.folha.uol.com.br/agora/

BBC Brasil – http://www.bbc.co.uk/portuguese

Correio Braziliense – http://www.correioweb.com.br/

Diário do Nordeste (CE) – http://diariodonordeste.globo.com/

Época – http://revistaepoca.globo.com/

Estado de Minas – http://www.uai.com.br/em.html

Fantástico – http://fantastico.globo.com/

Folha de S.Paulo – http://www1.folha.uol.com.br/fsp/

Folha Online – http://www.folha.uol.com.br/

Globo News – http://globonews.globo.com/

Globo Repórter – http://globoreporter.globo.com/

Imprensa – http://portalimprensa.uol.com.br/

IstoÉ – http://www.terra.com.br/istoe/

Jornal do Brasil – http://jbonline.terra.com.br/

Jornal Nacional – http://jornalnacional.globo.com/

Jornal do Commercio (PE) – http://jc.uol.com.br/jornal/

O Dia – http://odia.terra.com.br/

O Estado de S.Paulo –http://www.estado.com.br

O Globo Online – http://oglobo.globo.com/

Rádio CBN – http://radioclick.globo.com/cbn/

Rádio Globo – http://radioclick.globo.com/globobrasil/

Rede Globo de TV – http://redeglobo.globo.com/

Rede Record de Rádio e TV – http://www.rederecord.com.br

Veja – http://vejaonline.abril.uol.com.br

Zero Hora – http://www.clicrbs.com.br/jornais/zerohora

Para outros veículos, acesse: http://www.abi.org.br/paginaindividual.asp?id=312

Ciência

Ciência Hoje – http://cienciahoje.uol.com.br/

Revista Brasileira de Enfermagem – http://www.abennacional.org.br/reben.php

Scientific American Brasil – http://www2.uol.com.br/sciam/

Legislação e informações jurídicas

Jus Navigandi – http://jus.uol.com.br/

Última Instância – http://ultimainstancia.uol.com.br/index2.html

Saúde – órgãos governamentais

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – http://www.anvisa.gov.br/

Biblioteca Virtual em Saúde – http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/home.html

Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde – http://www.aids.gov.br

Dataprev – http://www.dataprev.gov.br/

DATASUS – Informações de Saúde – http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

Fale com o Ministério da Saúde – http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=143

Funasa – http://www.funasa.gov.br/

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – www.ibge.gov.br

Ministério da Saúde do Brasil – http://www.saude.gov.br/

Ministério da Saúde/Imprensa – (61) 3315-2005 / 2748 / 2784

Rádio Saúde – http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/radio/default.cfm

Rede Nacional de Informações em Saúde – http://www.datasus.gov.br/rnis/datasus.htm

ReforSUS – http://reforsus.saude.gov.br/

Saúde da Família – http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php

Saude.gov – (61) 3315-3595 / 3825 / 2376

Outros

Ministério da Justiça – http://www.mj.gov.br/

Ministério da Previdência e Assistência Social – http://www.mpas.gov.br/

Saúde da Mulher nas universidades

Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP – http://www.usp.br/fm/departamento/mpr/index.html

Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero da Universidade de São Paulo (NEMGE/USP) – http://www.usp.br/nemge/

Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (NEV/USP) – http://www.nev.prp.usp.br/

Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher da Universidade de Brasília (Nepem/UnB) – http://www.unb.br/ceam/nepem/

Núcleo de Estudos para Prevenção da Aids da Universidade de São Paulo (Nepaids/USP) – http://www.usp.br/nepaids/

Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades da Universidade Federal de Santa Catarina (NIGS/UFSC) – http://www.nigs.ufsc.br/

Núcleo de Pesquisa das Violências – Nupevi/UERJ – http://www.ims.uerj.br/nupevi/

Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social – NUSP/UFPE - http://www.nusp.ufpe.br/

Pagu – Núcleo de Estudos de Gênero - http://www.unicamp.br/pagu/

Revista de Saúde Pública/Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_serial&lng=pt&pid=0034-8910&nrm=iso

Revista Estudos Feministas – http://www.cfh.ufsc.br/~ref/

Revista Saúde Paulista/Unifesp (Universidade Federal de São Paulo) - http://www.unifesp.br/comunicacao/sp/

Saúde e Violência Sexual Contra a Mulher – ONGs

Emergency Contraception Website (inglês, espanhol e francês) - http://ec.princeton.edu/index.html

End Violence Against Women (em inglês) – http://www.endvaw.org/

Febrasgo – http://www.febrasgo.org.br/

Ipas Brasil – http://www.ipas.org.br/princ.html

Médicos Sem Fronteiras – http://www.msf.org.br/mhome.asp

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – www.redesaude.org.br/

Dados sobre Saúde e Violência Contra as Mulheres e Adolescentes

Biblioteca Virtual em Saúde – Bireme/OPAS/OMS - http://www.bireme.br/php/index.php

OMS – Organização Mundial da Saúde (sobre violência contra a mulher, em inglês) - http://www.who.int/gender/violence/en/

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde (Escritório Brasil) - http://www.opas.org.br

OPS – Organización Panamericana de la Salud (em espanhol) – http://www.paho.org/default_spa.htm

PAHO – Pan American Health Organization (Escritório Central – em inglês) - http://www.paho.org/

PAHO – Pan American Health Organization (violência de gênero, em inglês) http://www.paho.org/English/AD/GE/VAW.htm

PAHO – Pan American Health Organization (gênero e saúde, em inglês) – http://www.paho.org/english/ad/ge/home.htm

Secretaria Nacional de Segurança Pública – http://www.mj.gov.br/senasp/

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas - http://www.unfpa.org.br/

WHO – World Health Organization (violência de gênero, em inglês) - http://www.who.int/gender/violence/en/

Outras informações sobre Saúde e Violência Contra Mulheres e Adolescentes

Agência de Notícias da Aids – http://www.agenciaaids.com.br

ANDI – Agência de Notícias dos Direitos da Infância - www.andi.org.br

Mulher Governo – http://www.mulhergoverno.gov.br/

Portal da Saúde – http://www.websaude.inf.br/

Portal Violência Contra a Mulher – http://www.violenciamulher.org.br

Radiobrás – http://www.radiobras.gov.br/

Associações, Conselhos, Federações e Sindicatos

Associação Brasileira de Enfermagem – http://www.abennacional.org.br

Conselho Federal de Enfermagem – http://www.portalcofen.gov.br/

Conselho Federal de Medicina – http://www.portalmedico.org.br/

Conselho Federal de Psicologia – http://www.cfp.org.br

Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – Conass – http://www.conass.com.br/

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems – http://www.conasems.org.br/

Federação Nacional dos Médicos – http://www.fenam.org.br/

Federação Nacional dos Psicólogos – http://www.fenapsi.org.br

Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos – http://www.sindusfarma.org.br/

EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: http://www.saude.gov.br/editora
Brasília – DF, fevereiro de 2009
OS 0233/2009