



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA

ANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA

**INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE:
A PERCEPÇÃO DE MULHERES EM UM
SERVIÇO DE ABORTO LEGAL**

SALVADOR
2014

ANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA

**INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE:
A PERCEPÇÃO DE MULHERES EM UM
SERVIÇO DE ABORTO LEGAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Políticas Sociais e Cidadania.

Orientadora: Prof^a Dra. Mary Garcia Castro

**SALVADOR
2014**

UCSal. Sistema de Bibliotecas

S586 Silva, Ana Maria de Oliveira
Integralidade da atenção à saúde: a percepção de mulheres em um
serviço de aborto legal/ Ana Maria de Oliveira Silva. – Salvador, 2014.
113 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador.
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em
Políticas Sociais e Cidadania.

Orientação: Profa. Dra. Mary Garcia Castro.

1. Aborto Legal 2. Integralidade 3. Violência contra as Mulheres
I. Título.

CDU 340.6:342.7

TERMO DE APROVAÇÃO

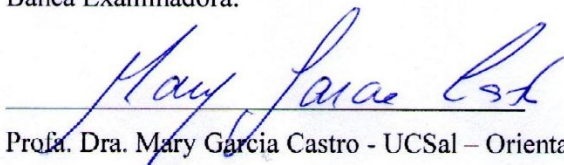
ANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA

**“INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE: A PERCEPÇÃO DE
MULHERES EM UM SERVIÇO DE ABORTO LEGAL”**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas
Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 21 de agosto de 2014.

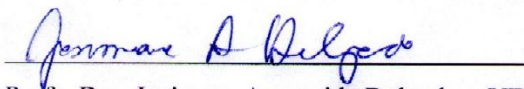
Banca Examinadora:



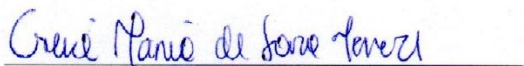
Profª. Dra. Mary Garcia Castro - UCSal – Orientadora



Profª. Dra. . Mari Aparecida Bortoli- PUC-RS



Profª. Dra. Josimara Aparecida Delgado – UFBA/UCSal



Profª. Dra. Greice Maria de Souza Menezes - UFBA

À

minha mãe, Glorinha, e à minha avó Nina, mulheres de luta, fibra, força e amor.

Exemplos eternos!

A todas as mulheres que têm os seus direitos humanos violados.

AGRADECIMENTOS

Todos muito queridos e especiais...

A Deus, pelo brilho da vida e todos os santos, anjos, arcanjos, orixás e espíritos de luz que me acompanham nesta caminhada.

Ao meu pai José, minha irmã Claudia, minha sobrinha Sabrina e meus sobrinhos Guilherme e Gabriel, pelo aprendizado e possibilidade de compartilhamento diário de novas experiências.

A minha irmã Rosana, pelo apoio, presença e estímulo constante.

A Professora Dra. Mary Garcia Castro, orientadora, pela honra ter me escolhido e apoiado na liberdade de construção deste estudo.

À Professora Dra. Greice Menezes, pela participação na qualificação e disponibilidade para contribuir com o enriquecimento deste estudo.

Às Professoras Dras. Josimara Delgado e Mari Bortolli, pela contribuição na qualificação e participação na minha formação.

A Carmedite, pelo companheirismo, apoio e incentivo à realização deste estudo.

A todas as mulheres que entrevistei, pela confiança e contribuição para este estudo. Sem elas ele seria impossível!

À Professora Dra. Angela Borges, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da UCSAL e, através dela, a todas as queridas docentes, que contribuíram com esse processo de aprendizagem. De cada uma, uma grande lembrança!

Ao IPERBA, através da Dra. Dolores Fernandez, Diretoria Geral, e do Dr. Omar Darzé, Coordenador de Ensino e Pesquisa, por contribuir com este estudo enquanto campo de pesquisa.

Às mulheres participantes da Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violência, especialmente a Maria Eunice Kalil, pelo aprendizado e oportunidade de crescimento.

A todas as pessoas, colegas e amigas, que compartilharam as alegrias e ansiedades do percurso do mestrado.

Muito obrigada por essa experiência enriquecedora e gratificante para meu crescimento pessoal e profissional.

Não se pode escrever nada com indiferença.

Simone de Beauvoir (1954)

SILVA, Ana Maria de Oliveira Silva. **Integralidade da atenção à saúde: a percepção de mulheres em um serviço de aborto legal.** 113fls. il. 2014. Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania, Universidade Católica do Salvador, 2014.

RESUMO

Este trabalho apresenta os resultados de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, que analisou a percepção de mulheres que realizaram abortos nos casos previstos por lei sobre a atenção recebida em serviço estadual de referência em Salvador, Bahia, elegendo-se como eixo de análise o princípio da integralidade da atenção. Partindo-se da hipótese de que a integralidade da atenção à saúde das mulheres que buscam o aborto legal é comprometida à medida que, embora amparada na legislação em vigor, não se realiza, pela escassez de informação, descontinuidade dos procedimentos e insuficiência de serviços, estabeleceu-se, como objetivo geral, compreender a perspectiva das mulheres submetidas ao aborto legal sobre a atenção recebida. Para melhor discutir o conceito de integralidade, empreende-se ensaio por investigação documental sobre a construção de políticas de saúde no Brasil, com destaque para o Sistema Único de Saúde, o aborto legal e debate sobre os nexos entre gênero, violência e aborto. Foram feitas entrevistas com três mulheres que realizaram aborto no serviço estadual de referência, com utilização de um roteiro de entrevista semiestruturado e a análise foi dividida em categorias, relativas à percepção acerca do atendimento recebido no serviço de aborto legal, antes, durante e após a interrupção da gravidez. Foram respeitados os aspectos éticos. O processo de construção permitiu compreender que a atenção ao processo de abortamento, inscrita no marco do respeito aos direitos humanos das mulheres e no livre exercício dos seus direitos reprodutivos, ainda enfrenta obstáculos sócio-culturais-religiosos no âmbito das dinâmicas de relações de poder desiguais, perpetradas e reproduzidas por naturalização das diferenças de gênero. A gravidez decorrente de violência sexual engloba diversas expressões da questão social e indica a complexidade do enfrentamento do problema. As informações produzidas pelo permitiram alcançar os objetivos específicos de identificar as características sociodemográficas dessas mulheres e conhecer sua percepção sobre a atenção recebida antes, durante e após o processo de interrupção da gravidez, e compreender que, em que pese a integralidade da atenção à saúde das mulheres que buscam o aborto legal, ser alcançada parcialmente, ela fica comprometida, dados os limites apontados no serviço.

Palavras-chave: Aborto Legal. Integralidade. Violência contra as Mulheres.

SILVA, Ana Maria de Oliveira Silva. **Completeness of the attention to the health: the perception of women in a service of legal abortion.** 113fls. il. 2014. Master Dissertation – Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania, Universidade Católica do Salvador, 2014.

ABSTRACT

This work presents the results of an exploratory study with a qualitative approach, that have analyzed the perception of women that performed abortion, in cases provided by law, about the attention received in referential statewide service in Salvador, Bahia, electing as the analysis axis the principle of integral attention. Starting from the hypothesis that the integral attention to women's health, seeking legal abortion, is compromised because, although exists in current legislation, is not consummated due to the shortage of information, discontinuity of the procedures and insufficiency of services; we established as the general objective the understanding of women undergoing legal abortion perspective about the attention received. Order to better discuss the concept of integrality, undertakes assay by documental investigation about the construction of health care politics in Brazil, with emphasis on the Sistema Único de Saúde (Unified Health System), the legal abortion, and the debate on the nexus between gender, violence and abortion. Interviews were conducted with three women who performed abortion in referential statewide service, using a semistructured interview guide, and the analysis was divided into categories related to the perception of the service received in legal abortion service, before, during and after termination of pregnancy. Ethical aspects were respected. The construction process allows us to understand that abortion care process, entered in the framework of respect for women's human rights and the free exercise of their reproductive rights, still faces socio-cultural-religious obstacles within the unequal power relations dynamics, perpetrated and reproduced by naturalization of gender differences. Pregnancy resulting from sexual violence encompasses different expressions of the social issue and indicates the complexity of facing the problem. The information produced achieved the specific objectives of identifying the sociodemographic characteristics of these women and know their perception of the care provided before, during and after the process of termination of pregnancy, and understand that, despite the integral attention to women's health seeking legal abortions be achieved partially, it is compromised, given the limits indicated in the service.

Keywords: Legal Abortion. Integrality. Violence against Women.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACCR	Acolhimento com classificação de risco
ANIS	Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CDD	Católicas pelo Direito de Decidir
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEMICAMP	Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPB	Código Penal Brasileiro
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FBDC	Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IMAI	Instituto Mulheres pela Atenção Integral à Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
IPERBA	Instituto de Perinatologia da Bahia
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSF	Programa de Saúde da Família
SAME	Serviço de Arquivo Médico e de Estatística
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SPM	Secretaria Especial de Políticas para Mulheres da Presidência da República
SSPBa	Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia
STF	Supremo Tribunal Federal
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSP	Sistema Único de Segurança Pública
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	13
	INTRODUÇÃO	15
	MODELAGEM DA PESQUISA.....	19
1	POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITO À SAÚDE	23
1.1	CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL	23
1.2	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE	28
1.3	POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES	35
2	ABORTO LEGAL: ONDE O DIREITO À SAÚDE E O ABORTO SE ENCONTRAM	41
2.1	BREVE HISTÓRICO SOBRE O ABORTO	41
2.2	O ABORTO E A LEGISLAÇÃO	44
2.2.1	A posição de categorias profissionais	50
2.3	SOBRE A ATENÇÃO AO ABORTO LEGAL	57
2.4	GÊNERO, VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E ABORTO.....	62
3	RESULTADOS	69
3.1	CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES PARTICIPANTES.....	69
3.2	CATEGORIAS EMPÍRICAS	73
3.2.1	Da percepção da gravidez ao atendimento no serviço	73
3.2.1.1	Da confirmação da gravidez à publicização do fato	73
3.2.1.2	Reação da família.....	74
3.2.1.3	Circunstância da interrupção considerando o processo decisório e participação da família.....	75
3.2.1.4	Conhecimento do serviço e expectativas	76
3.2.1.5	Serviços procurados antes do atendimento no serviço de aborto legal, presença de acompanhante e encaminhamento até o serviço de referencia	78
3.2.2	Percepção sobre a atenção prestada pelo serviço para interrupção da gravidez	80
3.2.2.1	Descrição do atendimento.....	80
3.2.2.2	Acolhimento dos profissionais	83
3.2.2.3	Informações sobre procedimentos e manejo da dor.....	84
3.2.2.4	Orientações para o retorno e contracepção pós aborto no momento da alta.....	85

3.2.3	A atenção pós-interrupção da gravidez	87
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
	REFERÊNCIAS.....	93
	APÊNDICES.....	103
	APÊNDICE A – CARTA CONVITE PARA AS MULHERES QUE FORAM SUBMETIDAS A ABORTO LEGAL.....	103
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	105
	APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	106
	ANEXOS	109
	ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE.....	109
	ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO CEP	110
	ANEXO C – HOSPITAIS E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM ATENDIMENTO PARA MULHERES E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL – BRASIL (RECORTE)	112
	ANEXO D - SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA PARA MULHERES E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL – BRASIL (RECORTE).....	113

APRESENTAÇÃO

A opção pelo Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania, tendo como área de concentração a Linha de Pesquisa Estado, Sociedade e Políticas Sociais, com olhar sobre a questão do aborto legal, decorre de diversos fatores.

O primeiro fator está vinculado à minha formação acadêmica em serviço social e à pertença a essa categoria profissional, composta majoritariamente por mulheres, e cujo Código de Ética Profissional, em vigor desde 1993, insta seus profissionais a basearem suas ações em princípios ético-políticos – dentre os quais, o reconhecimento da liberdade; a defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; a ampliação e consolidação da cidadania com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; o posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais; o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população; e o exercício da profissão sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física. Trata-se de elementos suficientemente fortes e associados à temática desta pesquisa, dadas as variadas dimensões do cotidiano da ação prática, que coloca as e os profissionais em contato com seres ético-políticos, os quais veiculam necessidades e interesses de variadas naturezas (CFESS, 1993).

O segundo fator está relacionado à minha atuação profissional há mais de vinte anos no serviço de saúde público estatal, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), referência estadual para a realização do aborto legal desde dezembro de 2002, conforme regulamentação da Portaria 412/2003, da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Em parte desse período, atuei como coordenadora do serviço social e estive fortemente envolvida com a discussão, implantação e implementação de medidas que visam ao aprimoramento contínuo do atendimento às mulheres em situação de violência, intra e extra muros institucionais.

O terceiro fator decorre da participação em fóruns de discussão vinculados à temática da violência, o que contribuiu para que eu assumisse a representação do IPERBA junto à Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violência, na Cidade de Salvador. No período entre 2007 a 2010, participei do Grupo Dinamizador da Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violência em Salvador e Região Metropolitana, o qual agrega representações institucionais, da sociedade civil organizada e movimentos sociais na discussão e acompanhamento da implantação e implementação de políticas públicas relativas à mulher em situação de violência. Essas experiências foram fundamentais para a sedimentação do interesse e envolvimento com a questão mais geral da violência contra a mulher e, em particular, do aborto legal.

O quarto fator está relacionado à minha posição política de apoio ao SUS e a seus princípios, por considerar sua consolidação fundamental como instrumento da política de saúde que pode propiciar a atenção integral à saúde das mulheres.

Um dos princípios mais caros ao SUS é a integralidade da atenção. Nesse sentido, fui instigada a refletir sobre a incorporação desse princípio na atenção às mulheres que demandam realização do aborto legal na cidade de Salvador, analisando a percepção que elas têm sobre o processo vivenciado.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o abortamento é reconhecido como um grave problema de saúde pública e, em nossa sociedade, sua discussão envolve aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais (BRASIL, 2005).

A reflexão sobre abortamento permite articular a discussão acerca das questões de gênero, dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como da relação do Estado com as políticas públicas, particularmente da saúde.

No caso da presente dissertação, se discute a atenção às mulheres que realizaram o aborto legal, no serviço vinculado ao SUS de referência no estado da Bahia, a partir das suas falas, com base em um dos seus principais princípios doutrinários: a integralidade da atenção.

O princípio da integralidade da atenção foi defendido pelo movimento pela reforma sanitária brasileiro, ainda na década de 1970, em pleno regime autoritário, na busca de superar a fragmentação das ações de saúde e a desarticulação dos níveis de atenção da rede de serviços de saúde. Movimentos de mulheres e feministas, desde então, na luta pela ampliação dos direitos das mulheres, reivindicam mudanças no modelo de atenção oferecido nos serviços de saúde, elegendo a integralidade como um dos princípios pilares para a constituição do SUS, um sistema universal, gratuito e equânime.

Na sociedade brasileira as discussões acerca do aborto opõem, de um lado, atores sociais que, com argumentos morais e religiosos, lutam pela manutenção das restrições legais e mesmo pelo seu retrocesso; e, do outro lado, movimentos sociais, em especial os feministas, que buscam evidenciar o fracasso da legislação atual na redução dos abortos e seu efeito perverso na saúde das mulheres, expondo-as a complicações decorrentes de práticas inseguras, como também reforçando as desigualdades sociais e afrontando a autonomia, a dignidade e os direitos humanos das mulheres.

Essa situação interfere até mesmo no atendimento aos casos de abortos permitidos por lei. Pesquisa que avaliou 56 serviços de Aborto Legal de hospitais e maternidades públicos brasileiros, realizada pela organização não-governamental Católica pelo Direito de Decidir (CDD), em 2005, concluiu que a condição de

ilegalidade do aborto no País influi negativamente no atendimento aos casos de aborto, além de contribuir para a falta de registro disponível e padronizado sobre o atendimento prestado.(CDD, 2006)

Além disso, permanece um desconhecimento da população sobre o assunto. Em 2006, fruto da parceria da CDD com o Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística (IBOPE), nova pesquisa sobre conhecimento da população brasileira acerca do aborto legal e dos serviços de atendimento identificou que quase metade dos brasileiros (48%) desconhece as situações em que o aborto pode ser feito legalmente (CDD, 2006).

No Brasil, há poucas pesquisas sobre os serviços de aborto legal. Conforme Brasil (2009, p.10) “Os temas do aborto legal e do aborto por anomalia fetal são questões no topo da agenda de saúde pública, mas raramente constituem objetos de estudos sistemáticos com evidências”. A produção científica sobre o tema do aborto no País, e em particular na Bahia, volta-se para o estudo do aborto inseguro, investigando a visão dos profissionais e usuárias sobre o aborto e o atendimento hospitalar durante o processo de abortamento, a exemplo de estudos feitos por Oliveira (et al., 2005)¹, McCallum e Reis (2006)², Pérez et al.(2007)³, Aquino (et al., 2010)⁴, Soares et al. (2010)⁵ e Diniz e Medeiros (2010)⁶.

¹ Estudo que avalia o funcionamento de serviços públicos de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual.

² Pesquisa examina o parto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil, com base na perspectiva de mulheres jovens e adolescentes, e mostra como estas produzem significados durante o processo de parturição, enquanto se encontram envolvidas nas interações sociais próprias ao parto hospitalar, particularmente com os profissionais de saúde.

³ Estudo com abordagem quantitativa, que teve como objetivo apreender o conteúdo e a estrutura das representações sociais de mulheres sobre o aborto provocado, tendo como lócus uma maternidade pública, Salvador-BA.

⁴ Pesquisa GravSus-NE, que teve entre seus objetivos avaliar a qualidade da atenção prestada às mulheres admitidas por complicações do aborto em hospitais públicos do Sistema Único de Saúde (SUS), comparando três cidades da região Nordeste – Salvador, Recife e São Luís.

⁵ Levantamento sobre magnitude do abortamento inseguro e o impacto de sua ilegalidade na saúde das mulheres e na qualidade da atenção à saúde reprodutiva em cinco estados brasileiros: Pernambuco, Bahia e Paraíba, na região Nordeste, Mato Grosso do Sul, na região Centro-Oeste e Rio de Janeiro, na região Sudeste.

⁶ Levantamento que objetivou oferecer dados sobre aborto no Brasil, a fim de subsidiar ações de saúde pública para as mulheres em idade reprodutiva e fornecer informações necessárias para o desenho de novas sondagens do tipo e parâmetros para estimativas indiretas.

Com relação ao aborto legal encontramos Thomé et al (2005)⁷ e artigo de Diniz (2011)⁸, e apenas foi identificado um estudo sobre aborto legal na Bahia, mas este analisa a percepção dos profissionais (ZORDO, 2012)⁹. Não foram identificados estudos que explorem a perspectiva das mulheres atendidas nesses serviços, o que determina a existência de uma lacuna na produção científica sobre o tema.

O presente trabalho buscou contribuir para superar essa lacuna, analisando a percepção das mulheres submetidas ao aborto legal sobre a atenção recebida na maternidade de referência, oportunizando a voz dessas mulheres e a compreensão das suas perspectivas sobre a atenção recebida.

Parte-se do pressuposto de que a integralidade da atenção à saúde das mulheres que buscam os serviços de aborto legal é comprometida, à medida que, embora amparado na legislação em vigor, o atendimento prestado não se configura, pela escassez de informação, descontinuidade dos procedimentos e insuficiência de serviços.

O objetivo geral deste estudo é analisar e compreender a percepção das mulheres submetidas ao aborto legal sobre a atenção recebida, tomando como eixo de análise o princípio da integralidade da atenção. Os objetivos específicos definidos foram: identificar as características sociodemográficas das mulheres que foram submetidas ao aborto legal; e conhecer a percepção das mulheres submetidas ao aborto legal sobre a atenção recebida antes, durante e após o processo de interrupção da gravidez.

A dissertação está organizada em três seções, definidas a partir das questões norteadoras da investigação.

A primeira aborda o tema da saúde enquanto direito e dever do Estado, este último expresso em uma política pública. Nessa parte, discuto o conceito de integralidade, central no trabalho. Adoto o conceito de integralidade enquanto preceito legal e princípio doutrinário da política pública brasileira para a saúde – o SUS –, voltado

⁷ Pesquisa de satisfação com usuárias de serviços de atenção pós-aborto atendidas em maternidades de João Pessoa – Paraíba, Natal – Rio Grande do Norte e Parnamirim – Rio Grande do Norte.

⁸ Artigo discute a objeção de consciência por médicos, tendo por situação concreta os serviços de aborto legal no Brasil.

⁹ Pesquisa Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia, que investigou a experiência e as representações do aborto legal, analisadas em contraste com as representações do aborto ilegal, dos profissionais de saúde, em particular dos ginecologistas-obstetras.

a conjugar ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como dever do Estado. Esse princípio, de acordo com o apreendido de Mattos (2001, p.10-14), pode ser sintetizado a partir de três conjuntos de sentidos: a integralidade como traço da boa prática profissional; como modo de organizar as práticas dos serviços de saúde; e como respostas governamentais a problemas específicos de saúde, a partir do conhecimento e da formulação de políticas governamentais com participação dos atores sociais envolvidos na produção do cuidado.

Advoga-se, aqui, que os elementos constitutivos dessa descrição são pertinentes e se articulam com os objetivos do trabalho e o nosso foco em explorar a forma como os serviços foram prestados às mulheres. De acordo com as suas falas, analisei os recursos disponibilizados, a atuação da equipe multiprofissional, as orientações e os encaminhamentos adotados nos cuidados recebidos na unidade de atenção ao aborto legal.

A orientação da atenção ao aborto legal baseada no princípio da integralidade pressupõe atentar para os múltiplos aspectos envolvidos na atenção às mulheres, considerando a realidade social na qual estão inseridas, para romper com a supervalorização dos procedimentos e técnicas, em detrimento dos componentes relacionais da atenção, valorizando a necessária construção de vínculos entre as mulheres e os profissionais.

Considerarei a integralidade uma dimensão das práticas em saúde, que se configura como um tipo de encontro entre profissionais e usuários, expresso através da intencionalidade de se acolher as mulheres que procuram os serviços de saúde considerando seu contexto social, histórico e cultural, e da percepção de que o hospital é parte do caminho percorrido por cada uma delas para alcançar a atenção de que necessitam.

A segunda seção contextualiza o aborto e, especificamente, o aborto legal. Apresenta ainda um breve histórico das políticas sobre o aborto e a relação entre o princípio da integralidade da atenção ao aborto. São apresentados dados relativos à unidade de saúde onde o aborto legal é realizado em Salvador-Ba.

A terceira seção apresenta características sociodemográficas das mulheres atendidas no serviço de aborto legal em Salvador, bem como a análise das entrevistas realizadas com mulheres que foram submetidas ao aborto legal e sua percepção sobre a atenção recebida, na perspectiva do princípio da integralidade da atenção.

O presente estudo, portanto, se inscreve em uma necessidade de produção de conhecimento sobre deveres ético-profissionais e institucionais, qualidade da atenção a mulheres que se submetem ao aborto legal e processo de implementação de políticas públicas, segundo os parâmetros legais vigentes no Brasil. Num sentido mais amplo, se insere no contexto político de reflexão sobre o impacto das restrições legais ao aborto, para a garantia dos direitos humanos de mulheres.

Espero, com este trabalho, contribuir para a discussão sobre a temática dos direitos reprodutivos das mulheres.

MODELAGEM DA PESQUISA

Desenvolveu-se um estudo exploratório com abordagem qualitativa. Minayo (2008) indica a utilização desse tipo de estudo quando a pretensão é estudar grupos sociais, fatos vivenciados, ideias, interações, percepções, culturas, crenças, documentos, conteúdos de falas, significados e interpretações que o ser humano elabora de seu contexto social, de si e dos outros. Para a autora, o emprego de pesquisa de natureza qualitativa tem algumas características básicas: envolve a obtenção de dados descritivos sobre as pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo; tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental; o pesquisador usa sua própria pessoa como instrumento mais confiável de observação, seleção, análise e interpretação dos dados coletados; se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalha com significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais detalhado das relações dos fenômenos que não podem ser reduzidos a variáveis (MINAYO, 2008).

A classificação de pesquisa exploratória decorre da importância de mapear um assunto ainda pouco pesquisado na área da saúde. Conforme Brasil (2009, p.13), “Os estudos sobre assistência à saúde e mulheres em situação de abortamento induzido são raros, e há poucas pesquisas sobre os serviços de aborto legal”.

A pesquisa foi realizada em um hospital escola do município de Salvador-Ba referência estadual para a realização do aborto legal, desde 2002, por meio da

Portaria 412, da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), publicada em 2003. Essa unidade conta com 106 leitos e presta assistência com equipe multiprofissional a mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Os sujeitos da pesquisa foram mulheres acima de dezoito anos submetidas a aborto legal em decorrência de violência sexual, que permaneceram internadas de três a cinco dias na unidade e aceitaram participar do estudo. Não foram portanto, incluídas mulheres submetidas a aborto por outras indicações legais, isto é, anencefalia fetal e risco de vida. A maioridade civil foi estabelecida como critério de inclusão, em decorrência das implicações ético-legais inerentes à autonomia das informantes. O tempo de internação indicado refere-se à média de permanência das mulheres na unidade e a realização da entrevista se deu entre três e quatro meses após a ocorrência do internamento.

A identificação das mulheres potencialmente elegíveis para o estudo foi feita inicialmente em prontuário social; em seguida, realizou-se um contato primeiro para informação sobre a pesquisa e apresentação de carta convite para participar do estudo. No caso de aceitação, foi preenchido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e agendou-se a entrevista.

De janeiro a maio do corrente ano, vinte e seis mulheres foram atendidas na unidade, em situação de violência sexual. Destas, dez não atendiam ao perfil definido para a pesquisa por serem menores de idade (entre três e menos de dezoito anos de idade); quatro foram atendidas pós-violência imediata; uma era pessoa com deficiência e cujo responsável suspeitou de estupro e gestação; uma teve história de violência detectada durante atendimento pós-parto e uma teve tempo de permanência menor que o estabelecido. Nove mulheres foram atendidas com gestação em decorrência de violência sexual, com solicitação de aborto legal e atendiam aos critérios estabelecidos na pesquisa: duas desistiram do procedimento; uma teve contraindicação de realização do procedimento em decorrência da idade gestacional determinada quando da solicitação, acima daquela permitida pelas normativas vigentes. Portanto, apenas seis mulheres de fato interromperam suas gestações. Destas, uma foi contatada, mas não compareceu para a entrevista; duas não foram localizadas através do telefone constante no prontuário e três foram entrevistadas. Uma das entrevistadas iniciou o processo de atendimento para interrupção da gestação no serviço, mas teve o abortamento ocorrido fora da unidade. Sua inclusão na pesquisa decorreu do fato de

ter sido internada para procedimento relacionado ao aborto (curetagem uterina) em continuidade a atenção iniciada.

A coleta das informações foi iniciada após a obtenção de autorização da unidade de saúde para o desenvolvimento da pesquisa, através da sua Coordenação de Ensino e Pesquisa; inscrição na Plataforma Brasil, em julho de 2013, e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob número 573.811, em 28 de março de 2014.

O tempo utilizado para a realização do trabalho de campo, mês de maio e junho de 2014, decorreu da necessidade de cumprimento do prazo para a sua finalização e conciliação com o processo de análise e liberação pelo CEP, determinando o período de pesquisa documental, localização das mulheres atendidas no serviço e número de entrevistadas.

Na coleta de dados, utilizei a técnica da entrevista semiestruturada, com o roteiro previamente organizado em duas partes. A primeira inquiria sobre aspectos que permitiram caracterizar os sujeitos, tais como idade, escolaridade, religião, local de residência, renda familiar, motivo da interrupção da gravidez e serviços de saúde que havia percorrido até o atendimento na unidade. A segunda parte continha as questões norteadoras desdobradas no decorrer da entrevista, de acordo com a interação entrevistada-pesquisadora, respeitando-se as condições psicossociais das entrevistadas.

As entrevistas foram realizadas e transcritas pela pesquisadora, em sala privativa do serviço, em momento prévio a atendimento ambulatorial, conforme preferido pelos sujeitos envolvidos na pesquisa. O tempo médio de realização foi de uma hora.

Considera-se que o fato de a pesquisadora ser profissional atuante no serviço de referência não interferiu na coleta de dados, vez que não manteve qualquer contato com as mulheres entrevistadas durante o período de atendimento no serviço até a realização do aborto legal.

A gravação das entrevistas foi utilizada com aquiescência das mulheres entrevistadas para registrar as informações verbalizadas, proporcionando maior interação e reduzindo a incidência de possíveis distorções durante a transcrição. As mulheres foram identificadas por ordem numérica da realização das entrevistas como Entrevistada 01, 02 e 03, estratégia de manutenção do anonimato.

A análise das informações foi realizada em paralelo à coleta de dados, após as transcrições das entrevistas gravadas, objetivando organizar o material coletado, de modo a responder aos objetivos da pesquisa. Para tal, utilizei a técnica de análise de conteúdo que, conforme Minayo (2008, p.303), “é a expressão mais utilizada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa” e “diz respeito a técnicas que possibilitam replicar e validar inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”. Muito utilizada nas ciências humanas e sociais, tal método exige descrição de todos os procedimentos utilizados na pesquisa. Visa identificar os núcleos de significados que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência de aparição pode expressar algo para o objeto a ser estudado (MINAYO 2008, p.316).

Dessa forma, a pré-análise foi realizada com leitura flutuante do conteúdo das entrevistas, com vistas a conhecê-lo e com a finalidade de organizar o material. Foi realizada a decomposição e o recorte de trechos de interesse, conforme os objetivos do estudo, pela similaridade, para definição de categorias e organização das informações, no sentido de facilitar o processo de análise. Por último, o procedimento analítico propriamente dito efetivou-se mediante interpretação dos resultados e síntese da análise, considerando o referencial teórico escolhido.

A cada entrevistada, foram disponibilizadas informações referentes à justificativa, aos objetivos e à metodologia do estudo, sendo garantido a todas elas o respeito à individualidade e autonomia, com orientação quanto à sua participação, avaliação de riscos e benefícios, relevância da pesquisa, liberdade de participação e interrupção da entrevista a qualquer momento. Também lhes foram assegurados a confidencialidade, o sigilo das informações e o anonimato.

1 POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITO À SAÚDE

Esta seção dedica-se à fundamentação teórica acerca de tópicos concernentes ao tema desta dissertação. Assim, serão discutidos aspectos históricos, legais e conceituais referentes à saúde pública e à saúde da mulher, no Brasil, bem como o princípio da integralidade, norteador desta pesquisa.

1.1 CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

A construção de políticas sociais no Brasil é vinculada à demanda social expressa pela sociedade, a partir de múltiplos interesses. Conforme Costa e Simionatto (2012, p.11),

a discussão sobre políticas sociais não se refere tão somente às formas de articulação do Estado com o capital, mas também às manifestações das forças sociais, da organização e da mobilização das classes subalternas na alteração da ordem estabelecida em uma conjuntura específica.

Dessa forma, na análise de uma determinada política, deve-se considerar a organização do Estado e sua relação com a sociedade civil.

Segundo Behring e Boschetti (2011), a expansão e a consolidação das políticas públicas se deram especialmente após a crise do capital, em 1929-1932, e a Segunda Guerra Mundial no período entre 1939-1945. A partir de então, solidificou-se a perspectiva do papel do Estado enquanto agente regulador. No século XX, o Welfare State, ou Estado de Bem-Estar Social, representou uma forma de ampliação da esfera estatal mediante um maciço investimento público em áreas como saúde, previdência, educação e outros serviços sociais, em resposta às demandas da classe trabalhadora.

Para Acúrsio (2007, p. 23),

política pública é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade, que, ao ser respondida pelo Estado empresta ao problema maior ou menor importância, define seu caráter, lança mão de instrumentos para seu equacionamento, define responsabilidades e adota, ou não, planos de trabalho ou programas.

O autor, em sua definição, acentua a vinculação existente entre a demanda explicitada pela sociedade e o modo encontrado a partir dela, pelo Estado, para dar respostas efetivas. Diz-nos Souza (2006, p.36) que:

Das diversas definições e modelos sobre políticas públicas, pode-se sintetizar os seguintes elementos: a política pública permite distinguir entre o que o governo pretende e o que, de fato, faz; envolve atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos; é abrangente e não se limita a leis e regras; é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados; embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo; envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação.

De acordo com Cefor (s.d apud ACÚRSIO, 2007, p.24), “a política de saúde de uma época reflete o momento histórico no qual foi criada, a situação econômica, os avanços do conhecimento científico, a capacidade das classes sociais influenciarem a política”. Isso nos indica que a implementação de seu projeto dimensiona a capacidade de atores/forças sociais influenciarem a política de saúde em um contexto histórico.

Segundo Scliar (2007, p.30),

o conceito de saúde é resultante de fatores relacionados à conjuntura social, econômica, política e cultural de determinada população, por isso, a saúde não significa a mesma coisa para todas as pessoas. Ela depende da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas.

Assim sendo, o conceito de saúde e o modo como a política se apresenta está condicionada a variáveis multifatoriais.

A discussão relacionada ao direito à saúde em nosso país não é recente e constitui um processo de avanço desde a instalação da Colônia, que seguia as práticas adotadas em Portugal, com alguns marcos importantes, como a criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (1930), a realização da I Conferência Nacional de Saúde (1942), a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e, por fim, a criação do Ministério da Saúde, em 1953. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 é considerada de importância crucial para as bases da criação do Sistema Único de Saúde, tendo ocorrido como resultante do Movimento da Reforma Sanitária no início da década de 1960, que agregou intelectuais, partidos políticos, movimentos sociais e profissionais da área na luta pela saúde.

Na década de 1920, a saúde pública adquire destaque no discurso do poder público, com as tentativas de extensão dos seus serviços por todo o País com a reforma Carlos Chagas, de 1923, bem como a adoção de medidas que se constituíram no embrião do sistema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), também em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. Mais tarde foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), considerados marcos da medicina previdenciária.

O conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1948, definido como “estado de mais completo bem-estar físico, mental e social”, denota a integração dos vários sentidos de saúde, rompendo-se com a ideia do senso comum de que saúde seria “apenas a ausência de enfermidade”.

Esse conceito agrega a noção de integralidade na saúde. Assim, saúde é resultado das condições subjetivas e objetivas que produzem uma vida digna para todas as pessoas e está diretamente ligada às Políticas Públicas de Saúde.

No Brasil, as políticas de saúde predominantes até meados da década de 1960 foram caracterizadas por campanhas sanitárias, pela interiorização das ações para áreas de endemias rurais e criação de serviços de combate às endemias (BRAVO, 2006).

No período pós-64, as políticas de saúde se desenvolvem privilegiando o investimento no setor privado, caracterizado por extensão da cobertura previdenciária, criação de complexo médico-industrial e diferenciação de clientela, além de um modelo de atenção com ênfase na prática curativa. A partir de 1974, a política de saúde enfrentou tensão entre interesses do setor estatal e empresarial, e ocorreu a emergência do movimento sanitário¹⁰ (BRAVO, 2006, p.7).

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), marco histórico na trajetória da política de saúde brasileira. Os debates extrapolaram seus fóruns específicos de origem (ABRASCO, CEBES, Departamentos de Medicina Preventiva e de Saúde Pública das universidades) e se ampliaram com a participação das entidades representativas da população: associações de moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e parlamentares (BRAVO, 2006).

¹⁰ Segundo Bravo (2006), o movimento sanitário consiste na organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, que colocou em debate a relação da prática de saúde com a estrutura de classes da sociedade.

A questão da saúde ultrapassou a então a análise setorial, referindo-se à discussão da sociedade como um todo, propondo-se um amplo movimento de politização da saúde, a Reforma Sanitária e a institucionalização do Sistema Único de Saúde. O Relatório da VIII CNS serviu de base para que os defensores da reforma sanitária interferissem na reformulação da Constituição Federal de 1988, na qual a saúde integra a seguridade social, conjuntamente com a previdência e a assistência social; enquanto direito, está definida na Constituição Federal de 1988, no TÍTULO VIII – Da Ordem Social, Capítulo II – Da seguridade social, na Seção II - Da Saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

[...]

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

[...] (BRASIL, 1998)

A saúde, portanto, enquanto preceito constitucional, se efetiva para a sociedade através da política pública, como o conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado para atender a uma demanda apresentada pela sociedade.

Como apresenta Bravo (2006, p.11):

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de medidas que visaram: o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, em 1987, e depois, em 1988, Sistema Único de Saúde – SUS, enquanto passo mais avançado na reformulação administrativa no setor. Estas medidas tiveram, no entanto, pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária a sua operacionalização, o que, de fato, não ocorreu. Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalizão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercute na saúde.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 1990, a saúde passa a integrar o Sistema de Seguridade Social junto com a previdência e a assistência social, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, com base no direito universal à saúde e na integralidade das ações.

Os princípios do SUS, contidos na Constituição Federal, são explicitados nas leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) no Art. 7º define que:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie [...] (BRASIL, 1990).

Assim, quando a Lei 8.080/90 define que a saúde é determinada e condicionada por questões como alimentação, moradia, meio ambiente, trabalho, renda e outras, a integralidade deverá ser considerada como princípio doutrinário de institucionalidade desses fatores, no âmbito do sistema de saúde (CURVELLO E VASCONCELLOS, 2008):

Segundo Curvello e Vasconcellos (2008, p.35):

Os princípios da integralidade, universalidade e equidade se constituem no pilar doutrinário do Sistema Único de Saúde – SUS. São princípios que se interpenetram numa arquitetura do desejo de fazer do SUS a utopia reformadora de uma política social fragmentada, desarticulada, excludente, desigual e discriminatória. Opor-se à política fragmentada e desarticulada, pela via da integralidade, à política excludente, pela via da universalidade e à política desigual e discriminatória, pela via da equidade, constituiu-se no eixo balizador de uma utopia que viveu seu momento de passagem à realidade, refluíu circunstancialmente, mas segue obstinado naqueles que acreditam numa reforma sanitária em movimento.

O SUS nasce, assim, como um compromisso do Estado com a população, com a função de garantir cobertura universal e atendimento integral, a partir da

descentralização de atribuições e responsabilidades entre as diferentes esferas de governo: federal, estadual e municipal (COSTA, 2004).

Conforme Costa (2009), a organização do sistema de saúde, mesmo atendendo algumas reivindicações históricas do movimento sanitário – a exemplo da universalização, da descentralização e da incorporação de mecanismos de controle social e participação da comunidade –, ainda não supera a demanda reprimida e a exclusão de grande segmento da população, a precariedade dos recursos dos serviços de saúde, a qualidade da atenção, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa individual.

Enquanto estratégia para implementação de uma política pública que visa efetivar os direitos da população à saúde, o SUS é importante e as dificuldades e percalços, existentes à sua implementação, podem nos remeter à reflexão sobre a importância da articulação entre as diversas instâncias, no sentido de compor uma proposta ampla que leve em consideração fatores socioeconômicos e culturais que influenciam as condições de saúde da população.

A atenção à saúde das mulheres que demandam a realização do aborto legal, compreendida como parte de uma política pública de atenção às mulheres, é então uma decorrência da ação de gestores da política de saúde, na relação com diversos atores sociais interessados no(s) problema(s) a ser(em) enfrentado(s) por essa política e em disputa com seus projetos, acerca da compreensão do que seja o direito das mulheres, sua importância ou não, e os impactos sobre a sociedade, do atendimento a uma demanda que envolve um assunto complexo, em que aspectos religiosos, éticos, morais estão presentes.

1.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

No sentido de clarificar a compreensão do conceito de integralidade, realizei levantamento bibliográfico acerca das suas origens, perpassando o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira que, durante as décadas de 1970 e 80, como referido, abarcou diferentes movimentos de luta por melhores condições de vida, de trabalho na saúde e na formulação de políticas específicas de atenção aos usuários. Em seguida, analisei como esse conceito é também apropriado para verificar a atenção às mulheres que buscam a realização do aborto legal em nossa cidade.

Do ponto de vista etimológico, a palavra “integralidade” está inscrita no conjunto de termos que derivam do verbo “integrar”, que provém do latim *integer*. A palavra inglesa *integer* (“inteiro”, em português) tem sua origem linguística alicerçada no latim/hindu: *in* (não) + *tag* (tocar). É totalidade, qualidade de inteiro, completo, total (FERREIRA, 1998, p. 214).

Conforme Scliar (2007, p.37), “a assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde”. No entanto, para o autor, eles compõem apenas um dos elementos do conceito de campo da saúde, sendo os outros tão importantes quanto esses. Compreendemos que a noção de integralidade já está expressa nesse contexto, embora o termo ainda não seja utilizado.

A utilização do termo “integralidade” começa a se ampliar a partir da definição da Organização Mundial de Saúde, divulgada na Carta de Princípios de 7 de abril de 1948, na qual a ideia de “estado de mais completo bem-estar físico, mental e social” (SCLYAR, 2007, p.37) que, como já mencionado anteriormente, pode ser considerada a primeira tentativa de conjunção dos vários sentidos de saúde.

A integralidade na atenção à saúde no Brasil, tal como originalmente defendida por profissionais dos Departamentos de Medicina Preventiva, em algumas Faculdades de Medicina, articulava produção de conhecimento e prática política, e era ampliada por articulação desses profissionais com organizações da sociedade civil nas suas demandas pela democratização do País (SCOREL et al., 2005).

A noção de integralidade foi amplamente difundida, a partir de 1978, com a Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, então URSS, atual Cazaquistão. Na ocasião foi estabelecida a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, que tinha como princípio o investimento na atenção primária. Aqui o termo integralidade não aparece ainda, mas a ideia se explicita, ao se tratar dos cuidados primários de saúde:

[...] 2 - Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.

3 - Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e

controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

4 - Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores. [...] (OMS/Unicef, 1978, p.2)

Em novembro de 1986, aconteceu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no Canadá, durante a qual foi redigida e assinada por representantes de diversos países a Carta de Ottawa, visando contribuir para o alcance da meta “Saúde para Todos no Ano 2000”. A Carta de Ottawa enfatiza que os pré-requisitos fundamentais para a saúde são “Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda – ecossistema estável – recursos sustentáveis – justiça social e equidade” (BRASIL-MS, 2002,p. 20). Diz ainda que:

Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde, têm a responsabilidade maior na mediação entre os diferentes, em relação à saúde, existentes na sociedade (BRASIL-MS, 2002, p.21).

De acordo com Scliar (2007, p.37), “este conceito refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo. Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações”. Essa expressão da saúde já traduzia a essência da integralidade, quando falava em vida completa, trazendo a conotação de integral.

Porém, até então, o modelo teórico-conceitual adotado para fundamentar as práticas de saúde, até então fragmentador, reduzia a experiência humana à biologia e ao cuidado segmentado, constituindo-se em obstáculos para a implementação da integralidade (CAMARGO JÚNIOR, 2003).

O conceito ampliado de saúde, resgatado pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, a partir da crítica a esse modelo biologicista¹¹, prevalecente na

¹¹ Conforme Mendes (1986), o biologicismo pressupõe o reconhecimento, exclusivo e crescente, da natureza biológica das doenças e de suas causas e consequências.

medicina hegemônica, supera a definição de ausência de doença e chama atenção para sua produção social. Assim, um setor de saúde com enfoque sobre a doença, seguindo o modelo assistencial hospitalocêntrico, com políticas de assistência voltadas para o atendimento de demandas, constituía-se no modelo a ser mudado (CAMARGO JÚNIOR, 2003).

A questão conceitual também se estende ao cotidiano dos serviços, em que se identificam as fragilidades e impotências na dimensão do cuidado, da atenção e no encaminhamento de soluções de problemas de saúde, tornando evidente a necessidade de articulações intersetoriais com os demais serviços públicos e com movimentos sociais para a produção de saúde (COSTA; ROCHA; ROMANO, 2004 apud COSTA 2004).

Dessa forma, a Reforma Sanitária Brasileira contemplou originalmente a integralidade em pelo menos quatro perspectivas: a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional, abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (PAIM, 2010, p.18).

Os grandes problemas relacionados com a atenção à saúde – o acesso desigual; a inadequação dos serviços confrontados com as necessidades; a ausência de atenção integral; o paralelismo da oferta e a baixa qualidade – demarcam as orientações para a reestruturação de modelos de atenção a serem implementados na Reforma Sanitária (COSTA, 2004).

A rigor, toda a discussão que colocava a integralidade, explícita ou implicitamente, no debate sobre um sistema de saúde em transição o fazia com a pretensão futura de mudança do modelo. No período autoritário brasileiro, com a rearticulação dos movimentos sociais, foram “frequentes as denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, e amplificaram-se as reivindicações de solução imediata para os problemas criados pelo modelo de saúde existente” (BRASIL, 2011 p.17).

A Constituição Federal de 1988 incorporou a integralidade da atenção como uma das diretrizes para o SUS, e a Lei 8.080/90 refere-se à integralidade da

assistência, como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, explicitando que a integralidade, enquanto expressão da totalidade de atendimento das demandas, deve reger a estruturação e organização de ações e serviços. Assim, a integralidade veio a se tornar um dos princípios doutrinários do SUS.

Mioto e Nogueira (2006) analisam que o art. 198 da Constituição Brasileira (1988, p.81), ao enfatizar o atendimento integral, indica outro aspecto central para o trânsito do direito real à saúde. A afirmação do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, que traduz a radicalidade da proposta face ao modelo de atenção à saúde, implantado até então no Brasil, baseado, de modo inequívoco, na medicina curativa e na atenção à doença.

Cecílio (2006) agrega novos elementos, ao indicar que a integralidade pode ser traduzida em diferentes dimensões. Para ele a *integralidade focalizada*, pode ser realizada e praticada nos serviços de saúde, a partir de esforços de diferentes equipes multiprofissionais na busca por ações interdisciplinares, o que faz a integralidade ser regida, nesses espaços socioinstitucionais, pelo compromisso ético-político e competência técnica dos profissionais na relação com o usuário. A outra é a denominada *integralidade ampliada*, que resulta da articulação de cada serviço com a rede composta por todos os outros serviços e instituições. Nessa acepção, a integralidade não é atributo de uma determinada profissão nem de um serviço, mas sim de práticas profissionais interdisciplinares articuladas no campo da promoção da saúde, através de diferentes serviços e instituições.

No processo político-institucional, distintos modos tecnológicos de intervenção têm contemplado a integralidade, buscando formas de operacionalização.

Por assumir a dimensão ampliada da saúde, a integralidade, no plano das políticas de saúde, exige estratégias de intersetorialidade como meio de mobilização dos outros setores para a convergência de políticas e práticas sociais que resultem na produção de qualidade de vida e saúde dos indivíduos e coletividades (COSTA 2004).

Nesse contexto, a integralidade surgiu da necessidade de um conceito que superasse as dicotomias históricas entre o preventivo e o curativo, o individual e o coletivo, expressas pelo conflito saúde pública *versus* assistência médico-hospitalar (PINHEIRO, 2006). Existe, entretanto, uma grande defasagem em relação à instituição dessa diretriz na prática. O paradigma da integralidade não foi efetivamente

incorporado e, tampouco, a prioridade para as práticas preventivas estabelecidas pela Constituição Federal (VASCONCELLOS, 2007).

Em síntese, a integralidade não é apenas uma diretriz definida constitucionalmente, mas um enunciado de valores do sistema de saúde, de suas instituições e práticas consideradas desejáveis, enfim, “um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (MATTOS, 2006, p.43).

Curvello e Vasconcellos (2008, p.4) argumentam que o termo integralidade condensa um conjunto de significados definidos, ao longo dos tempos, com um sentido de oposição “a um *status* estabelecido de fragmentação do discurso e das práticas de saúde”, o que diverge da percepção objetiva e subjetiva da saúde, pela população cuidada e seus cuidadores; do modo como as políticas são formuladas; do enunciado normativo; da forma de organização dos serviços e da concepção de saúde subalterna a idéia de não doença.

Conforme descrito por Lima e Pereira (2008), a integralidade, enquanto princípio doutrinário da política pública brasileira para a saúde – o SUS –, se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço. É possível sistematizar três conjuntos de sentidos sobre a integralidade, que têm por base a gênese desses movimentos, quais sejam: a integralidade como traço da boa prática profissional; como modo de organizar as práticas dos serviços de saúde; e como respostas governamentais a problemas específicos de saúde, a partir do conhecimento e da formulação de políticas governamentais, com participação dos atores sociais envolvidos na produção do cuidado.

Segundo Paim e Silva (2010), a ideia de integralidade surge com a proposta da Medicina Integral ou *Comprehensive Medicine*, que seria capaz de articular as ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação, surgindo no discurso governamental brasileiro através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e das AIS, relacionada à articulação entre prevenção e assistência.

Para Paim (2010, p.5), pode ser vista como bandeira de luta, valor a ser sustentado e defendido, dimensão das práticas e atitude diante das formas de organizar o processo de trabalho. “Aparece, também, como categoria genérica capaz de englobar diversas dimensões do cuidado (acesso, qualidade, relações interpessoais) e até mesmo das pessoas, como autonomia” (PAIM, 2010, p.5).

A integralidade, como vimos então através da discussão travada pelos diversos autores apresentados para compreensão da amplitude do termo e da sua significação na saúde, ora é utilizada como princípio, ora como conceito, paradigma. Neste estudo ele é o princípio norteador da análise .

O cuidado integral indica que a pessoa é avaliada na sua totalidade, considerando tanto os aspectos biológicos, que a compõe, quanto os psicológicos e socioculturais e a assistência à saúde valoriza as interações entre os sujeitos e o estabelecimento de vínculos, vez que o diálogo possibilita a apreensão das demandas e necessidades que orientam a definição do processo assistencial.

Desse modo, a prática integral, como atribuem Paim e Silva (2010, p.113), organiza e articula elementos dos processos de trabalho e tecnologias distintos, possibilitando uma intervenção mais abrangente e completa; um programa integral que explicita objetivos, recursos e atividades, contemplando necessidades de diversas ordens, inclusive os determinantes socioambientais de uma dada situação, embora com uma atuação predominantemente setorial e as políticas públicas integrais implicam a articulação e entrosamento de políticas, programas e projetos, práticas e cuidados exigindo ação intersetorial e gestão compartilhada e pactuada, a exemplo da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do SUS, bem como dos sistemas únicos de assistência social (SUAS) e de segurança pública (SUSP).

Essa organização das intervenções contribuiria para assegurar maior efetividade às ações. Verifica-se que, no Brasil, apesar da importante produção teórica e discussão sobre a temática da integralidade da atenção e sua implementação, conforme preconizado na legislação pertinente e matriz referencial do SUS, ainda não se pode identificar a adoção de medidas gerenciais e mudanças de posturas profissionais que vinculem o atendimento à demanda social, como requerido em uma atenção integral.

É a partir dessa dimensão ampla de saúde enquanto Política Pública e da utilização da integralidade enquanto princípio referencial da análise é que se propôs compreender a percepção das mulheres que realizaram o aborto legal na cidade de Salvador, vez ser este princípio fundamental na garantia da atenção de qualidade e oportuna às mulheres, diante das múltiplas necessidades que podem apresentar após sofrerem uma violência sexual, sobretudo ao se confirma uma gravidez.

O SUS, a partir dos seus princípios, é o espaço público onde esta política pode se materializar na perspectiva da garantia dos direitos das mulheres serem alcançados.

1.3 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES

Conforme Miranda (2009), os movimentos feministas¹², em várias partes do mundo, foram responsáveis por publicizar temáticas referentes a questões enfrentados pelas mulheres, como campanhas por direitos legais, pelo direito à sua autonomia e à integridade de seu corpo, ao aborto e aos direitos reprodutivos, à proteção contra a violência doméstica, o assédio sexual e o estupro.

A partir das palavras de Miranda (2009, p.6), compreendo haver no feminismo uma diversidade de possibilidades de análises sobre as relações de poder, as quais, uma vez estudadas, viabilizam a definição de como os movimentos feministas e de mulheres associaram a perspectiva de gênero na caminhada das mulheres em busca da igualdade.

No Brasil, nos anos 1970, surge o movimento de mulheres pela saúde e, na década de 80, o movimento de mulheres contra a violência, com os SOS Mulher. Tais movimentos suscitaram políticas públicas, conferindo visibilidade a essas questões.

A luta do movimento feminista contribuiu para que o governo brasileiro assumisse, junto às Nações Unidas, o compromisso de implantar políticas públicas e programas voltados para a atenção à saúde integral da mulher, bem como de dar suporte à elaboração de ações voltadas para o cuidado relacionado ao acesso das mulheres à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos.

As políticas de saúde, voltadas ao atendimento de demandas e à garantia de direitos específicos da população feminina, abrangem questões diversas. No Brasil, a construção do projeto de Reforma Sanitária contou com decisiva participação dos movimentos sociais e de mulheres. O PAISM aporta novos princípios, em contraposição àqueles dos programas materno-infantis, com inclusão das ideias feministas nas instâncias de debate das políticas de saúde, expressando a

¹² Conforme Descarries (2002), citado pela autora, os movimentos feministas são aqueles que reúnem um conjunto de discursos e práticas que dão prioridade à luta das mulheres para denunciar a desigualdade de gênero.

participação de entidades feministas na formulação de programas de saúde da mulher e na fundação do SUS. “A reflexão acerca das rupturas e continuidades dos pares de categorias cultura/natureza, gênero/sexo, autonomia/dependência” forneceu subsídios e potencializou os compromissos dos movimentos feministas com o sistema de saúde universal (BAHIA; COSTA; CONTE, 2007, p.15).

Ao longo dos anos 1980, grupos de mulheres aprofundaram a reflexão acerca das relações entre a esfera pública e privada, o individual e o coletivo. “A conquista da igualdade traduziu-se no direito à sexualidade, ao corpo e à livre opção pela maternidade, exaltando a bandeira do feminismo: nosso corpo nos pertence”. Paralelamente, lutava-se contra a violência e a discriminação no mercado de trabalho. Ao lado de campanhas voltadas à denúncia de violência contra as mulheres, à conquista das creches públicas e à participação das mulheres nos partidos políticos, agremiações e centrais sindicais, a atenção integral à saúde conquistou um lugar de destaque como demanda política (BAHIA; COSTA; CONTE, 2007, p.15).

Em 1983, grupos de saúde da mulher viriam a constituir um movimento nacional que resultaria na proposição do PAISM, o qual objetivava criar ações dirigidas às mulheres. O Ministério da Saúde lançou o PAISM em 1984. Essa política explicitou, ainda, o reconhecimento de que o direito à saúde implica no acesso a outras políticas sociais, como as de emprego, educação, habitação e não só de assistência médica.

O PAISM incluiu no seu leque assistencial ações educativas, preventivas, de tratamento e recuperação, englobando a atenção ginecológica, atenção ao pré-natal, parto e puerpério, ao climatério, ao planejamento familiar, às DSTs, ao câncer de colo de útero e mama, entre outras, de acordo com o perfil populacional.

Em 1984, aconteceu o 1º Encontro Nacional de Saúde da Mulher. O evento resultou na elaboração do primeiro documento público – a Carta de Itapeverica – com as reivindicações das mulheres para a saúde.

O início da institucionalização das demandas das mulheres se deu com a criação, em 1985, do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), com o objetivo de promover políticas que visassem eliminar a discriminação contra a mulher e assegurar sua participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do País. A partir desse ano, surgiram as Delegacias de Defesa da Mulher, sendo a primeira a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), inaugurada em São Paulo, trazendo a possibilidade de tornar pública a violência, até então invisibilizada e

sem importância social. Posteriormente, começaram a ser criados os Centros de Referência em Saúde da Mulher.

Em 1986, após a VIII CNS, ocorre a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, organizada pelo CNDD, com apoio do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Previdência Social (MPAS), além dos movimentos de mulheres, “que reafirmou e detalhou as diretrizes norteadoras das políticas de saúde da mulher sintonizadas com o PAISM, transformando-as em resoluções programáticas”(Costa, 2009, p.1075). A Conferência referenda a criação de um sistema universal de saúde e da Política de Atenção Integral às Mulheres, reitera a autonomia e reivindica a descriminalização do aborto e a liberdade do planejamento familiar.

A predominância da lógica do mercado em detrimento da democracia social, se contrapôs à implementação das políticas sociais previstas pela Constituição de 1988 e a efetivação plena do novo modelo de atenção e a gestão de saúde foi comprometida. O movimento de mulheres, tal como o sanitário, passou a resistir às pressões e a buscar o avanço de proposições para a efetivação do Paim. Em 1989, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM, lançou a campanha nacional ‘Maternidade, Direito e Opção’. (BAHIA; COSTA; CONTE, 2007, p.19).

A criação da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, em 1991, expressa a dimensão do grau de organização do movimento de mulheres. Nesse mesmo ano, a discussão sobre a violência contra a mulher e sua compreensão enquanto violência de gênero passa a se constituir uma questão de saúde da mulher e de saúde pública específica. Desde 1991, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reconhece ser a violência causa de adoecimento das mulheres, por conta do número cada vez mais expressivo de ocorrências, apontando as suas repercussões na saúde mental e física das mulheres, e dos impactos no mundo do trabalho e da seguridade social (OLIVEIRA, 2007, p.97).

Assim, a violência contra as mulheres deixa de ser uma questão da ordem do privado, um problema doméstico, que diz respeito apenas às relações das mulheres com seus parceiros, para ser uma questão da sociedade.

O PAISM, ao considerar a violência sexual contra a mulher como um dos principais indicadores da discriminação de gênero e como um grave problema de saúde pública, trouxe a temática para a discussão das políticas públicas, marcando

uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para a eleição de prioridades nesse campo (BRASIL, 2004).

O apoio dos movimentos sociais envolvidos na luta pela saúde das mulheres às ideias proclamadas pelo PAISM amplia a sua força política, e o movimento feminista passa a ter uma atuação importante em fóruns de controle social. Mesmo concentrados territorialmente, os movimentos sociais têm desenvolvido “um importante e qualificado trabalho junto as instituições de saúde, demandando a implantação de ações de saúde previstas pelo Programa (COSTA, 2009, p.1079).

A integralidade proposta na política do PAISM identifica necessidades de mudanças no modo como os serviços abordam as mulheres, no sentido de assegurar a visão de sujeito integral, a quem deve ser disponibilizado um leque de possibilidades de ações tão ampliado quanto suas necessidades, destinadas a suprir as diferentes lacunas de atenção a problemas de saúde aos quais estão expostas nas diversas etapas dos seus ciclos de vidas (COSTA 2004, p.26-27).

Especificamente no que tange à questão do aborto, o PAISM reivindica a necessidade de integralidade da atenção às mulheres, conjugando assistência à orientação e ao acesso a serviços e métodos contraceptivos, de modo a reduzir a incidência do aborto, desvinculando-o da questão religiosa, para que o Estado adote uma posição laica a esse respeito.

Embora o movimento feminista se empenhe na luta pela descriminalização da prática, a ideologia social que vincula as mulheres à maternidade ainda se constitui em obstáculo ao enfrentamento da questão da interrupção da gravidez, enquanto parte dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e integrante das políticas públicas.

Segundo Aquino e Marinho (2002, p.34), até o final dos anos 70 a saúde da mulher era associada aos problemas relacionados à gravidez, e o principal interesse dos programas de saúde materno-infantis voltava-se à saúde e à proteção do feto. Essa lógica também orientava a produção de conhecimento que embasava a formulação das políticas e tinha consequências na orientação da organização da atenção à saúde.

A partir do Plano de Ação da Conferência do Cairo, o aborto inseguro é reconhecido como uma questão de saúde pública e países como o Brasil assumiram o compromisso de implementar serviços com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência e diminuir a mortalidade e morbidade decorrentes do aborto. Para isso ocorrer, seria necessário ampliar o acesso das mulheres aos direitos legalmente adquiridos, bem como investir em ações relacionadas aos direitos sexuais e

reprodutivos para homens e mulheres. O tema deixou de ser um assunto do âmbito privado e passou a ser entendido como um problema público, sobre o qual os Estados deveriam assumir responsabilidades.

Os serviços criados a partir do final dos anos 1980, para atendimento às questões relacionadas à violência contra a mulher, como delegacias, casas abrigo e centros de referência multiprofissional, enfocam a violência cometida por parceiros e ex-parceiros, constituindo vias de acesso importantes no atendimento à violência doméstica (GROSSI; TAVARES; OLIVEIRA, 2008).

Em 1989 foi criado, no Hospital de Jabaquara, em São Paulo, o primeiro serviço que atendia casos de aborto legal e só no final da década de 1990 foram criados serviços de atendimento à violência sexual e profilaxia de DSTs. Em 1999, o MS normatizou os procedimentos para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual, por meio da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual Contra as Mulheres e Adolescentes, primeiro passo institucional para a organização e ampliação dos serviços.

Mais tarde, em 2003, o CNDN passou a integrar a estrutura da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres da Presidência da República (SPM) e, em 2005, foi criada a Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), como mecanismo de monitoramento e canal de acolhimento gratuito para mulheres.

Em 2004, o MS (Brasil, 2004) lançou a Política Integral à Saúde da Mulher - PNAISM, retomando propostas do PAISM e buscando consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com inclusão das demandas de mulheres negras no que se refere à melhoria da atenção obstétrica, ao planejamento familiar, à atenção ao aborto e ao combate à violência. Essa política agrega, ainda, a prevenção e o tratamento das DSTs, a atenção às mulheres portadoras do vírus do HIV (Aids), de doenças crônico-degenerativas e de câncer ginecológico.

No entanto, acompanhando a prática perversa da fragmentação, esta política abrangente é subdividida pelo Ministério da Saúde em diversas outras políticas e programas de planejamento familiar, de pré-natal e de redução da mortalidade materna, criando preocupações sobre a recuperação do conceito e das práticas da integralidade a ser oferecida às mulheres brasileiras. (BAHIA; COSTA; CONTE, 2007, p.22)

Não há dúvidas de que a introdução das ações de atenção à “violência contra a mulher na agenda da área da saúde ocorreu pelo protagonismo do movimento feminista” (MINAYO, 2006, p.48), que pressionou e continua a pressionar o setor

para que atue e dê respostas não só às lesões e traumas decorrentes, mas que aja nas causas.

O ideário da integralidade compõe um processo que se inicia com a formulação de políticas pelo Estado, atravessa a gestão nas diversas esferas decisórias, e chega até as práticas de atenção e cuidado das pessoas, nos espaços onde são produzidas as ações de saúde. (COSTA, 2004, p.94). No caso das políticas de saúde para as mulheres, tem como marco referencial o movimento feminista e de mulheres que, no século passado, iniciaram a luta pelo reconhecimento das especificidades da atenção às mulheres e da instituição de políticas e programas desvinculados da tradicional abordagem do lugar feminino da reprodução.

2 ABORTO LEGAL: ONDE O DIREITO À SAÚDE E O ABORTO SE ENCONTRAM

A presente seção trata mais especificamente sobre o aborto, considerando-o sob os pontos de vista histórico e jurídico, enfatizando os avanços na legislação, bem como a importância de movimentos sociais comprometidos com a promoção da saúde das mulheres. A seção discute ainda conceitos centrais para a pesquisa, como as noções de “gênero”, “direitos humanos” e “patriarcado”.

2.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE O ABORTO

A palavra “aborto” conceitualmente, diz respeito à “interrupção da gravidez com ou sem a expulsão do feto, resultando na morte do nascituro” (HOUAISS, 2001). Segundo documento brasileiro, abortamento é a interrupção da gravidez até a 20^a/22^a semana e com produto da concepção pesando menos que 500g e aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento (BRASIL, 2005; 2010).

O aborto é um tema que engloba aspectos morais, psicológicos, sociais e religiosos. A decisão de interromper a gravidez não é algo presente apenas nas sociedades modernas. Desde a antiguidade, as mulheres se veem em situações em que não desejam – ou não podem – levar uma gestação a termo. No entanto, durante muito tempo, o tema ficou restrito ao foro íntimo feminino, reforçada pelo silêncio das fontes históricas.

Conforme Goulart (2013, s.p), a prática do aborto já era documentada na China, no período entre 2737 e 2696 a.C., quando o imperador Shen Nung cita a receita de um abortífero oral; na Grécia e Roma antigas, o feto era considerado parte do corpo da mulher, portanto propriedade do homem, e o aborto só podia ocorrer com autorização do marido; o aborto era defendido por Aristóteles como método para limitar os nascimentos e manter estáveis as populações das cidades gregas; e Platão defendia que os abortos deveriam ser obrigatórios para mulheres com mais de 40 anos, como forma de manter a pureza da raça de guerreiros gregos.

Conforme Matielo (1996 apud PACHECO, 2012; p.14.),

no início da civilização romana a punição em relação ao aborto assumiu caráter privado, já que o poder familiar, ou *pater familiae* – expressão que designava o pai como o chefe da família –, atribuía ao pai o poder absoluto sobre os filhos, inclusive aqueles que ainda estavam por nascer. Aqui, caso a esposa procurasse abortar sem o consentimento do esposo, este poderia puni-la severamente, até mesmo com a morte (MATIELO, 1996 apud PACHECO, 2012; s.p.).

Já no período da República Romana, o aborto foi considerado um ato imoral, todavia teve larga utilização entre as mulheres, principalmente entre aquelas que se preocupavam com a aparência física, o que nesse período histórico tinha grande importância no meio social (herança do tempo do Império). Assim, diante do crescimento do número de abortos, legisladores passaram a considerá-lo um ato criminoso. Como consequência, a Lei Cornélia¹³ punia a mulher com pena de morte se esta consentisse com a prática abortiva. Já em relação a quem praticasse o ato, aplicava-se a mesma sanção, com a possibilidade de abrandamento, caso a gestante não falecesse em decorrência das manobras abortivas nela praticadas (MATIELO, 1996 apud PACHECO, 2012, s.p.).

O autor afirma ainda que o cristianismo modificou a visão que existia até então a respeito do aborto, pois, difundiu a crença de que o ser humano possuía uma alma imortal. Esta posição da igreja contra o aborto permaneceu até 1869, quando o papa Pio IV declarou todos os abortos como assassinatos. No século XIX, auge da revolução científica, leis foram aprovadas proibindo totalmente a prática do aborto. No final do século XIX e no início do século XX, surgiu na Europa, com mais força na Inglaterra e França, movimentos feministas, preconizando a anticoncepção e defendendo o direito da mulher ao aborto e, a partir da década de 1920, nos países escandinavos e socialistas, houve flexibilidade na legislação. Na Rússia, com a Revolução de 1917, o aborto deixou de ser considerado crime, influenciando os demais países socialistas nos anos 50.

Nos demais países do Ocidente, segundo Maria Carneiro da Cunha (apud PACHECO, 2012, s.p.), “as leis mais liberais datam do final da década de 60 como a lei

¹³ A Lei Cornélia sobre apunhaladores e envenenadores (do latim *Lex Cornelia de sicariis et veneficis*) foi promulgada no ano 81 a.C. e deve seu nome a Lúcio Cornélio Sula, que a propôs. Entre as sanções previstas por essa lei estavam a pena de morte, para quem praticasse envenenamento e apunhalamentos, assim como para quem vendesse ou produzisse venenos ou meios para consumir o atentado à vida (Cf. CRUZ, s.d.).

inglesa de 1967, e a década de 70, quando o aborto se uma questão política, popularizando as opiniões, com partidos conservadores e democratas-cristãos se opondo nos parlamentos e partidos socialistas, social-democratas e comunistas, a favor”.

As manifestações foram tão significativas, que conseguiram mudar a legislação sobre o aborto na Itália, lugar onde a Igreja Católica tem sua sede. Essa luta política é consequência da evolução dos costumes sexuais e do novo papel que as mulheres vêm adquirindo a partir dos anos 1960 na sociedade, na qual passaram a ter uma participação mais ampla e a brigar por seus direitos, dentre eles o de controle sobre seu próprio corpo.

No Brasil, um longo caminho foi trilhado, o qual remonta ao período imperial, na época de D. Pedro I. Na Constituição de 1824, a interrupção voluntária da gravidez era considerada um crime grave contra a vida humana. O aborto autoinduzido, porém, estava livre de pena.

Segundo Arend (2010), desde o período colonial no nosso país, mulheres de diferentes classes sociais realizam aborto como uma prática contraceptiva. Em 1890, no primeiro Código Penal da República, o aborto passou a ser punido quando feito por terceiros, e a pena agravada quando o procedimento resultava na morte da mulher. Posteriormente, quase cem anos depois, o Código Penal Brasileiro (CPB), de 1940, em vigor, tornou mais clara a legislação sobre o tema e instituiu que o aborto é um dos “crimes contra a vida”.

Naquela época, em 1940, o legislador estabeleceu possibilidades legais para a ocorrência do aborto. As penalidades permaneceram, porém o aborto legal poderia ser realizado nos casos de risco de vida para as mulheres ou na ocorrência de violência sexual.

No Brasil, a partir de 1970, tendo em vista a ação do movimento feminista, entidades sociais debatem a possibilidade de legalização do aborto no País. Nas décadas seguintes foram apresentados projetos de lei nesse sentido, os quais não foram aprovados, embora tenha sido instalada uma rede de atendimento vinculada ao SUS para a realização do procedimento nos casos previstos pela lei. O debate em torno do tema se amplia, principalmente a partir das Conferências Internacionais sobre a Mulher (Cairo, 1994 e Pequim, 1995), quando a questão da saúde feminina passa a fazer parte da agenda dos Direitos Humanos.

Em março de 1995 foi apresentada ao Parlamento Brasileiro uma proposta de emenda constitucional que proibia a prática do aborto induzido em qualquer

circunstância e que, caso aprovada, determinaria a supressão dos dois únicos permissivos legais até então existentes.

Em 1996, a referida proposta foi rejeitada, mas a sua apresentação e a discussão daí decorrente refletiram o debate na sociedade brasileira acerca do tema, desde o fim dos anos 1940, bem como a participação dos atores políticos e sociais envolvidos na discussão, vinculados à Igreja Católica, a segmentos da categoria médica, ao movimento feminista e a religiões evangélicas (ROCHA, 1996).

Em 1996, esse dispositivo constitucional foi regulamentado, consolidando a distinção entre atenção integral à saúde (incluindo o planejamento familiar) e política populacional concernente à fecundidade.

2.2 O ABORTO E A LEGISLAÇÃO

A lei brasileira, é bastante restritiva quanto à realização do aborto no País. O Código Penal Brasileiro, em vigor desde 1940 (BRASIL, 1940), aponta no capítulo Dos Crimes contra a Vida, como um dos crimes previstos, o aborto provocado pela gestante ou com o seu consentimento (art. 124), assim como o aborto provocado por terceiros – sem consentimento da gestante (art. 125) ou com seu consentimento (art. 126). Está ainda previsto o aumento das penas nas situações de abortamento induzido por terceiros quando desse ato resultar lesão corporal de natureza grave ou morte da gestante (art. 127).

Esse mesmo instrumento legal, o Código Penal Brasileiro, no artigo 128, que dispõe sobre a não punição do aborto, indica claramente possibilidade da sua prática em apenas dois casos: quando “praticado por médico se não houver outro meio de salvar a vida da gestante, no caso de gravidez resultante de estupro, mediante consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal” (BRASIL, 1940).

No que se refere ao consentimento da mulher, este é necessário para o abortamento em quaisquer circunstâncias, salvo em caso de eminente risco de vida, estando a mulher impossibilitada para expressar seu consentimento. De acordo com os arts. 3º, 4º, 5º, 1631, 1690, 1728 e 1767 do Código Civil:

- a) A partir dos 18 anos a mulher é capaz de consentir sozinha, pela cessação da menoridade;

- b) A partir dos 16 e antes dos 18 anos, a adolescente deve ser assistida pelos pais ou por seu representante legal, por serem relativamente incapazes a certos atos ou a maneira de exercê-los;
- c) Antes de completar 16 anos, a adolescente ou criança deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal, por ser considerada absolutamente incapaz de exercer atos da vida civil, necessitando para tal que se manifestam por ela.

A outra circunstância em que é necessário o consentimento de representante legal (curador/a ou tutor/a) refere-se às mulheres que não têm condições de discernimento e de expressão de sua vontade. Assim, a mulher adulta ou adolescente deverá sempre consentir o procedimento, assim como deverá ser respeitada a sua vontade na situação inversa, ainda que os seus representantes legais assim o queiram.

Interessante notar que a mesma legislação retira a incapacidade para as adolescentes em menoridade civil, o que lhe possibilitaria definição exclusiva por concessão dos pais, casamento, emprego público, colação de grau em curso de ensino superior e para os que têm economia própria. A autonomia e a independência estão, assim, de acordo com o consagrado na lei, atreladas ao cumprimento de requisitos específicos.

Legislações específicas tratam da questão do aborto. A Lei das Contravenções Penais (BRASIL, 1941), no capítulo Das Contravenções Referentes à Pessoa, considera contravenção sujeita a penalidade o anúncio de processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto (art. 20). Até 1979, constava nesse dispositivo a proibição de anúncio de como se evitar a gravidez.

A Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL, 1943), no capítulo relativo às Férias Anuais, ao tratar das faltas ao serviço não consideradas para efeito de concessão de férias, garante o licenciamento da empregada por motivo de maternidade ou aborto não criminoso (art. 131, inciso II). Adiante-se que esse dispositivo legal foi parcialmente suprimido na última legislatura analisada.

Finalmente, a Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), no capítulo Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, no cabeçalho do artigo 5º, dispõe sobre a garantia da inviolabilidade do direito à vida (sem referência à concepção), à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, dentre um conjunto de direitos e garantias fundamentais.

Atualmente, várias são as propostas de mudança na legislação em vigor, que vão desde a alteração de dispositivos existentes até a revogação de outros e a elaboração de conteúdo normativo ainda não previsto no ordenamento jurídico brasileiro.

A atenção às mulheres em situação de abortamento merece abordagem ética e reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não se admitindo discriminação ou restrição do acesso à assistência à saúde. Esses princípios incorporam o direito à assistência ao abortamento no marco ético e jurídico dos direitos sexuais e reprodutivos afirmados nos planos internacional e nacional de direitos humanos.

A realização de aborto em gestações com má-formação fetal é uma situação considerada pela justiça brasileira, apesar de não estar ainda legislada. Inicialmente, os juízes solicitavam que o médico assistente fornecesse um atestado com o diagnóstico, além de um segundo documento para confirmação diagnóstica. Portanto, as mulheres estavam à mercê de uma decisão judicial favorável para interrupção da gravidez, em virtude da falta de amparo legal para a medida.

Em 12 de abril de 2012, o Supremo Tribunal Federal decidiu que a interrupção da gravidez, apenas em casos de feto anencéfalo, deveria ser permitida, já que nesses casos não há uma vida em potencial em jogo – os fetos anencéfalos morrem intra-útero e/ou nas primeiras horas após nascerem. Trata-se, portanto, de uma antecipação terapêutica do parto, não podendo ser considerada aborto.

Nos dias atuais, há poucos países onde o aborto é terminantemente proibido, tais como Colômbia, Chile, República Dominicana, El Salvador, Guatamala, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai e Venezuela. O número de legislações mais brandas vem crescendo com rapidez, principalmente nas duas últimas décadas.

O aborto foi legalizado em países como Inglaterra, Holanda, Suécia, França, Itália, Portugal e Cidade do México, nos quais se constitui como direito das mulheres a decisão sobre a interrupção. Mais recentemente, em 2012, o Uruguai legalizou a questão (EL NUEVO HERALD, 2012).

O projeto de Lei 236/2012, em processo de tramitação no Congresso Nacional, que trata da reforma do Código Penal, torna desnecessária a autorização judicial e permite o aborto até a 12ª semana de gravidez quando a mãe não tiver preparo psicológico para continuar com a gestação, aproximando a proposta da corrente que defende a legalização do aborto nesse período, sem necessidade de laudos médicos. Assim, seria permitido o aborto: caso seja comprovada a anencefalia

ou graves anomalias no feto, inviabilizando sua vida independente; e quando há riscos à saúde da grávida (não apenas risco de morte) e por vontade da gestante, até a 12ª semana da gestação, após constatação médica de que a mulher não apresenta condições psicológicas de arcar com a maternidade.

A despeito das discussões e impasses das leis, a mulher que decide abortar o faz, independentemente da legislação o permitir ou não. A legislação atual, que propicia o cometimento de um ilícito penal, apenas coloca a ação na clandestinidade, propiciando a ocorrência do aborto em condições de insalubridade, o que colabora para robustecer a razão ou taxa de mortalidade materna, ainda vergonhosa no País, em torno de 10 vezes superior ao que ocorre em países desenvolvidos, figurando as complicações de aborto como a causas importantes de morte materna.

Conforme dados apresentados por Diniz e Medeiros (2010, p.964), a partir de resultados da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), “o aborto é tão comum no Brasil que, ao completar quarenta anos, mais de uma entre cinco mulheres já fez aborto”. Não podemos assegurar que dentre esses casos não existam mulheres que poderiam ter sido submetidas ao aborto legal, com menor incidência de riscos à sua saúde.

Uma nova redação proposta para o Código Penal havia sido proposta, alterando todos os três itens do Código, como apresentada abaixo. Entretanto, essa proposta foi retirada:

Exclusão de Illicitude

Art. 128. Não constitui crime o aborto praticado por médico se:
I - não há outro meio de salvar a vida ou preservar a saúde da gestante; II - a gravidez resulta de violação da liberdade sexual, ou do emprego não consentido de técnica de reprodução assistida; III - há fundada probabilidade, atestada por dois outros médicos, de o nascituro apresentar graves e irreversíveis anomalias físicas ou mentais.

Parágrafo 1o. Nos casos dos incisos II e III e da segunda parte do inciso I, o aborto deve ser precedido de consentimento da gestante, ou quando menor incapaz ou impossibilitada de consentir, de seu representante legal, do cônjuge ou de seu companheiro;

Parágrafo 2o. No caso do inciso III, o aborto depende, também, da não oposição justificada do cônjuge ou companheiro.

Segundo o dossiê “A Realidade do Aborto Inseguro na Bahia: a Ilegalidade da Prática e os seus Efeitos na Saúde das Mulheres em Salvador e Feira de Santana”, elaborado pelo Instituto Mulheres pela Atenção Integral à Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (IPAS, 2008), a realização do aborto legal evita que mulheres que

têm direito aos abortos previstos pela legislação atual se submetam a procedimentos inseguros, que violam seus direitos e as expõem ao risco de sequelas e morte.

As normatizações para a atenção aos casos de aborto legal são recentes no Brasil. A primeira Norma Técnica “Atenção Humanizada ao Abortamento” foi publicada pelo Ministério da Saúde em 2005, e atualizada em 2011. A normatização dos procedimentos a serem adotados para o atendimento ao abortamento em casos de gravidez por violência sexual foi editada em 1999, com a primeira versão da “Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, sendo atualizada em 2006 e mais recentemente, em 2012. Ambas as Normas Técnicas asseguram a assistência imediata a mulheres vítimas de violência e orientam sobre o acolhimento e tratamento digno que toda mulher em processo de abortamento tem direito ao ser atendida no SUS.

Conforme o disposto na “Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento” (BRASIL, 2011, p.13) para que um modelo de atenção às mulheres em abortamento possa ser implantado faz-se necessária a inclusão de elementos considerados essenciais, tais como:

1. Rede integrada com a comunidade e com os prestadores de serviço para a prevenção das gestações indesejadas e do abortamento inseguro, para a mobilização de recursos e para a garantia de que os serviços reflitam as necessidades da comunidade e satisfaçam suas expectativas.
2. Acolhimento e orientação para responder às necessidades de saúde mental e física das mulheres, além de outras preocupações que possam surgir.
3. Atenção clínica adequada ao abortamento e suas complicações, segundo referenciais éticos, legais e bioéticos.
4. Oferecimento de serviços de planejamento reprodutivo às mulheres pós-abortamento, inclusive orientações para aquelas que desejem nova gestação.
5. Integração com outros serviços de atenção integral à saúde e de inclusão social para as mulheres.

Esses pontos indicados na Norma colaboram com o desvelamento do modo como o princípio da integralidade da atenção pode ser implementado nos cuidados prestados às mulheres.

A implantação do PNAISM e da Norma significaram avanço na atenção à saúde das mulheres no que se refere ao atendimento ao abortamento, mesmo ainda não sendo considerado prioritário e a sua discussão um tabu.

No bojo das normativas jurídicas, há ainda a Lei de Notificação Compulsória (Lei 10778/2003), o art. 13 da Lei nº 8.069/1990, o art. 19 da Lei nº 10.741/2003, a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), para os casos específicos de violência contra mulheres, crianças, adolescentes e pessoas idosas atendidas em serviços de saúde, públicos ou privados.

A Lei Maria da Penha representou importante passo na implementação de medidas jurídicas e de segurança pública contra a ocorrência da violência contra as mulheres, pela clara descrição da tipificação da violência e do estabelecimento de formas de punição dos agressores.

Ao comentar o pensamento de Foucault (1987), Miranda (et al., 2011, p.4), assinala que

a sociedade impõe ao corpo limitações e proibições sujeitando-o através da disciplina, ou seja, de métodos que permitem o controle minucioso de suas operações. Trata-se de um corpo dócil ou obediente que é manipulado e modelado por meio de diversas instituições sociais (escola, quartel, hospital, etc.). Para esse autor, as instituições dominam os corpos 'não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina'.

Analisando essa perspectiva, é possível considerar que o corpo das mulheres é objeto e alvo de poder. Sobre ele recai uma permanente vigília, que pode possibilitar o seu controle, como também de outros corpos que venham a reproduzir, reduzindo a possibilidade de verdadeira autonomia e independência sobre seus corpos.

No plano internacional, as Conferências das Nações Unidas reconhecem os direitos das mulheres, especialmente no campo da saúde e da autodeterminação sexual e reprodutiva.

Na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, ocorrida em Viena (1993), considerou-se que os direitos das mulheres e meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais, e a violência de gênero, inclusive a gravidez forçada, é incompatível com a dignidade e o valor da pessoa humana.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo (1994), e a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing (1995), deixam claro que

os direitos reprodutivos são constituídos por direitos humanos reconhecidos nos diversos tratados e convenções internacionais e

incluem o direito de toda pessoa a ter controle e decisão sobre as questões relativas à sua sexualidade e reprodução, livres de coerção, discriminação e violência, e de dispor de informações e meios adequados que lhes garantam o mais elevado padrão de saúde sexual e saúde reprodutiva. (BRASIL, 2011, p.15).

Em Cairo e Beijing, definiu-se Saúde Reprodutiva como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de enfermidade ou doença, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos” (BRASIL, 2011, p.15). Os países signatários dessas Conferências, entre eles o Brasil, se comprometeram a garantir a assistência ao abortamento nos casos previstos em lei e em melhorar a qualidade da assistência às mulheres nos de abortamento em geral.

Mesmo sendo signatário de documentos internacionais que orientam diretrizes ético-jurídicas para cumprimento e respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, o aparato legal em vigor no Brasil não contempla o avanço das discussões nem os compromissos assumidos. Legislações conservadoras e discriminatórias de gênero ainda permeiam o mundo jurídico. A maioria das legislações que regem matérias relativas aos direitos das mulheres, especialmente no campo civil e penal (Códigos Civil, 1916 e Penal, 1940), ainda é proveniente do início do século XX e está mais destinadas a “controlar” a sexualidade e a reprodução humana do que a regulamentar e estimular seu exercício livre e responsável, condizente com os valores plurais e democráticos presentes em nossa contemporaneidade.

2.2.1 A posição de categorias profissionais

Na perspectiva da observação das questões éticas envolvidas na atenção às mulheres demandantes do aborto legal, consideramos importante apresentar referências encontradas nas normativas das categorias profissionais diretamente envolvidas no processo, a seguir indicadas.

No que se refere à área da enfermagem, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN 311/2007), que Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no seu Preâmbulo destaca que:

[...] O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população. (COFEN, 2007)

Desta forma esta colocada a importância da verificação da necessidade e do direito a assistência de enfermagem pela população, bem como a posição dos trabalhadores dessa categoria enquanto aliados na luta por uma assistência segura e acessível. Isto é compatível com a observância do direito das mulheres.

No que se refere aos Princípios Fundamentais inscritos no mesmo Código de Ética da Enfermagem, encontramos no que concerne a atuação numa equipe de saúde, que:

[...] O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde. (COFEN, 2007)

Destaca-se aí a satisfação das necessidades de saúde da população e a defesa dos princípios das políticas públicas de saúde que garantam a integralidade da assistência e a preservação da autonomia das pessoas.

No mesmo documento, na Seção I - Das relações com a pessoa, família e coletividade, direitos - Responsabilidades e Deveres retiramos os artigos abaixo que tratam do respeito a tomada de decisões pela pessoa ou representante legal:

[...] Art. 15 – Prestar assistência de enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

[...] Art. 18 – Respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem estar. (COFEN, 2007)

Dentre as proibições incluídas no documento está o art. 28 que indica:

Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação.

Parágrafo único – Nos casos previstos em lei, o profissional deverá decidir, de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo.

Verificamos a existência, do ponto de vista da observância do direito das mulheres ao aborto legal e a autonomia de decisão, divergência na normativa profissional apresentada entre o direito a assistência de enfermagem pela população, a pressuposição de que os seus trabalhadores sejam aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população, a inscrição dos princípios do SUS, a assistência de enfermagem sem discriminação, o respeito, reconhecimento e realização de ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem estar, com o art.28, que inclui no rol das proibições profissionais, a cooperação com prática destinada a interrupção da gestação e estabelece a decisão individual de participação ou não no ato abortivo, colocando a possibilidade da objeção de consciência¹⁴.

No que se refere a categoria profissional das e dos assistentes sociais, o Código de Ética em vigor, Resolução CFESS nº 273/93, indica nos Princípios Fundamentais:

- [...] II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- [...] V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.

Esses princípios colocam em destaque a defesa dos direitos humanos, a equidade, e a justiça social na perspectiva da universalidade do acesso aos serviços, o compromisso com a qualidade na prestação dos serviços e a não discriminação das e dos usuários.

¹⁴ Conforme Buzanello (2001, p.178), A objeção de consciência, como espécie do direito de resistência, é a recusa ao cumprimento dos deveres incompatíveis com as convicções morais, políticas e filosóficas. [...] Quanto ao aborto, afirma o autor que se refere à recusa por parte dos profissionais de saúde ou de hospitais à prática do aborto, independentemente da licitude do ato. Com isso, reconhece-se o direito de objeção de consciência dos hospitais e de qualquer pessoa a negar a prática do aborto por motivos morais, não caracterizando discriminação pelo exercício desse direito. Por outro lado, no caso do aborto necessário, em que não há outro meio de salvar a vida da gestante, a recusa acarreta o crime de omissão de socorro, previsto no art. 128, I, e 135, do Código Penal Brasileiro.

Dentre os artigos inseridos no Título II - Dos Direitos e das Responsabilidades Gerais do/a Assistente Social, destacamos:

Art. 3º São deveres do/a assistente social:

[...] c- abster-se, no exercício da Profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes;
[...]

No Título III - Das Relações Profissionais, no Capítulo I - Das Relações com os/as Usuários/as, ressaltamos:

[...] Art. 5º São deveres do/a assistente social nas suas relações com os/as usuários/as:

[...] b- garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código;
c- democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as;

[...] Art. 6º É vedado ao/à assistente social:

a- exercer sua autoridade de maneira a limitar ou cercear o direito do/a usuário/a de participar e decidir livremente sobre seus interesses;
[...] c- bloquear o acesso dos/as usuários/as aos serviços oferecidos pelas instituições, através de atitudes que venham coagir e/ou desrespeitar aqueles que buscam o atendimento de seus direitos.

No Capítulo II - Das Relações com as Instituições Empregadoras e outras, encontramos:

[...] Art. 8º São deveres do/a assistente social:

[...] d- empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos/as usuários/as, através dos programas e políticas sociais;

No Capítulo IV - Das Relações com Entidades da Categoria e demais organizações da Sociedade Civil

Art. 13 São deveres do/a assistente social:

[...] b- denunciar, no exercício da Profissão, às entidades de organização da categoria, às autoridades e aos órgãos competentes, casos de violação da Lei e dos Direitos Humanos, quanto a: corrupção, maus tratos, torturas, ausência de condições mínimas de sobrevivência, discriminação, preconceito, abuso de autoridade individual e institucional, qualquer forma de agressão ou falta de respeito à integridade física, social e mental do/a cidadão/cidadã;

Em 2009, durante o 38º Encontro Nacional CFESS/CRESS, em Campo Grande/MS, a entidade lançou documento de apoio ao manifesto da Frente Nacional pelo Fim da Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto, no qual afirma que:

Ao contrário da prisão e condenação das mulheres, o que necessitamos e queremos é uma política integral de saúde sexual e reprodutiva que contemple todas as condições para uma prática sexual segura. A maternidade deve ser uma decisão livre e desejada e não uma obrigação das mulheres. [...] As mulheres que desejam evitar gravidez devem ter garantido o planejamento reprodutivo e as que necessitam interromper uma gravidez indesejada deve ser assegurado o atendimento ao aborto legal e seguro no sistema público de saúde. [...] Nenhuma mulher deve ser impedida de ser mãe. E nenhuma mulher pode ser obrigada a ser mãe. Por uma política que reconheça a autonomia das mulheres e suas decisões sobre seu corpo e sexualidade. Pela defesa da democracia e do princípio constitucional do Estado laico, que deve atender a todas e todos, sem se pautar por influências religiosas e com base nos critérios da universalidade do atendimento da saúde. (CFESS, 2009, s.p.)

Nesse encontro foi aprovada a posição da categoria favorável a descriminalização do aborto.

Em 2011, no Dia Latino-americano e Caribenho de luta pela Descriminalização e Legalização do Aborto, o CFESS, através da publicação CFESS Manifesta, divulgou apoio a agenda de lutas do movimento feminista e de mulheres quanto a: alteração da legislação punitiva do aborto inserida no Código Penal de 1940, descriminalizando o aborto; ao respeito à autodeterminação reprodutiva das mulheres; que todo hospital da rede pública assegure o direito à mulher a fazer o aborto nos casos previstos em lei; garantia à Política de Saúde Integral e Universal para as mulheres pelo Estado possibilitando o pleno exercício dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, em especial, a efetivação do direito a decidirem se querem ou não engravidar e a interrupção no serviço público; Implantação em toda a rede pública do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM); Ampliar a sensibilização de profissionais de saúde para garantia do aborto previsto em lei e da divulgação da Norma Técnica “Atenção Humanizada ao Abortamento”, produzida pelo Ministério da Saúde, buscando, assim, assegurar a saúde e a vida.

Em 2012, no Encontro Nacional CFESS-CRESS foi aprovada a posição favorável a legalização do aborto, reafirmando a posição da categoria em defesa das mulheres e da saúde integral.

No que se refere a área da medicina, no histórico de resoluções favoráveis à ampliação do direito das mulheres ao aborto legal, duas decisões do Conselho Federal de Medicina (CFM), devem ser ressaltadas: a Resolução Nº 1.989/2012, que dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto, favorável à não penalização criminal da mulher que aborta, defendendo que a decisão pela não continuidade da gravidez, quase sempre solitária, difícil e dolorosa, causa repercussões biopsicológicas em curto e longo prazos, não devendo a mulher por isso ser penalizada; e a decisão que trata do encaminhamento de proposta à Comissão de Reforma do Código Penal, no sentido de afastar a ilicitude da interrupção da gestação em uma das seguintes situações: a) quando “houver risco à vida ou à saúde da gestante”; b) se “a gravidez resultar de violação da dignidade sexual, ou do emprego não consentido de técnica de reprodução assistida”; c) se for “comprovada a anencefalia ou quando o feto padecer de graves e incuráveis anomalias que inviabilizem a vida independente, em ambos os casos atestado por dois médicos”; e d) se “por vontade da gestante até a 12ª semana da gestação” conforme divulgado em 21 de março do corrente ano.

Em seu site, o CFM divulga que:

Do ponto de vista ético, entendeu-se, por maioria, que os atuais limites excludentes da ilicitude do aborto previstos no Código Penal de 1940, os quais vêm sendo respeitados pelas entidades médicas, são incoerentes com compromissos humanísticos e humanitários, paradoxais à responsabilidade social e aos tratados internacionais subscritos pelo governo brasileiro.

Para os Conselhos, a rigidez dos princípios não deve ir de encontro às suas finalidades. Neste sentido, deve-se ter em mente que a proteção ao ser humano se destaca como apriorístico objetivos moral e ético. Tais parâmetros não podem ser definidos a contento sem o auxílio dos princípios da autonomia, que enseja reverência à pessoa, por suas opiniões e crenças; da beneficência, no sentido de não causar dano, extremar os benefícios e minimizar os riscos; da não maleficência; e da justiça ou imparcialidade, na distribuição dos riscos e benefícios, primando-se pela equidade.

Com relação aos aspectos epidemiológicos e de saúde pública, concluiu-se que a prática de abortos não seguros (realizados por pessoas sem treinamento, com o emprego de equipamentos perigosos ou em instituições sem higiene) tem forte impacto sobre a Saúde Pública. No Brasil, o abortamento é uma importante causa de mortalidade materna no país, sendo evitável em 92% dos casos. Além disso, as complicações causadas por este tipo de procedimento realizado de forma insegura representam a terceira causa de ocupação dos leitos obstétricos no Brasil. Em 2001, houve 243 mil internações na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) por curetagens pós-abortamento.

No campo social, levou-se em consideração as estatísticas de morbidade e mortalidade da mulher em decorrência de práticas inseguras na interrupção da gestação são ainda maiores devido à dificuldade de acesso à assistência adequada, especialmente da parcela menos favorecida da população. Na avaliação dos Conselhos, esse aspecto agrega a dimensão social ao problema, que lança no limbo um segmento importante de mulheres que acabam perdendo a vida ou comprometendo sua saúde por conta de práticas sem o menor cuidado.

Finalmente, na esfera jurídica, entende-se que a proposta de alteração do Código Penal estabelecida no PLS 236/2012 - NÃO IRÁ DESCRIMINALIZAR O ABORTO. A conclusão dos Conselhos de Medicina é de que com a aprovação desse projeto o crime de aborto continuará a existir, apenas serão criadas outras causas excludentes de ilicitude. Ou seja. Portanto, somente nas situações previstas no projeto em tramitação no Congresso que a interrupção da gestação não configurará crime. (BRASIL, 2013)

No que se refere aos profissionais da área da psicologia, em 2012, durante o VII Congresso Nacional de Psicologia, esses profissionais, manifestaram o apoio à legalização da prática do aborto no Brasil, independente de a gravidez ser decorrente de violência ou haver risco de morte para a mulher, considerando os Princípios Fundamentais do Código de Ética Profissional do Psicólogo que determina, que

I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

E ainda, de acordo com o Art. 2º – Ao psicólogo é vedado:

- a) Praticar ou ser conivente com quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão;
- b) Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais;

Em 2013, o Conselho Federal de Psicologia - CFP emitiu parecer favorável sobre o Projeto de Lei da Câmara dos Deputados 003/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

Em matéria veiculada, em 2014, no site do CFP, a transcrição de fala de uma Conselheira, ocorrida durante debate realizado sobre a interrupção voluntária da

gravidez, destaca o posicionamento do CFP sobre a descriminalização do aborto, ao considerar que “não há como assegurar a promoção dos direitos de cidadania, sexuais e reprodutivos das mulheres sem o acesso ao aborto legal e seguro” e que para o CFP, é direito da mulher levar adiante a sua decisão, independente de a gravidez ser decorrente de violência ou haver risco de morte para.

Verificamos nas normativas e notas divulgadas por representações das categorias profissionais citadas a existência de posicionamento favorável ao atendimento às mulheres que demandam o aborto legal, mas também a possibilidade de utilização do recurso da objeção de consciência, no caso da enfermagem e da medicina, o que pode dificultar a efetividade da integralidade da atenção nos serviços de saúde.

2.3 SOBRE A ATENÇÃO AO ABORTO LEGAL

No Brasil, conforme Araújo (1993), o primeiro serviço de aborto legal foi inaugurado em Jabaquara, cidade paulistana, em 1989, quando uma liderança feminista estava à frente da Assessoria Técnica de Saúde da Mulher, da prefeitura de Luiza Erundina, concretizando uma das reivindicações do movimento de mulheres.

Em 1996, na cidade de Campinas-SP aconteceu o Iº Fórum Interprofissional para Implementação do Atendimento ao Aborto Previsto na Lei, organizado pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e o Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP). Compreendendo ser a violência sexual contra a mulher uma realidade incontestável, e a gravidez dela resultante uma violência intolerável para a maioria das mulheres nessa situação, o Fórum pretendia discutir a necessidade de respostas de profissionais e instituições de saúde às necessidades dessas mulheres. O Relatório do evento deixa claro que medidas sociais e econômicas deveriam ser tomadas para evitar as gestações não-desejadas, para proteger as mulheres grávidas e assistir às mães, de modo a lhes garantir suas escolhas de modo seguro, tanto para levar a gravidez a termo, cuidar e educar seus filhos com o necessário apoio social, com a pretensão de cumprimento da lei que protege a vítima da violência, quanto para interromper a gravidez de forma segura (FAÚNDES, 1998).

Esse Fórum passou a ter periodicidade anual e constitui um espaço fundamental para o debate nacional sobre a questão da atenção ao aborto nos casos previsto em lei, envolvendo representações de diversos segmentos da sociedade.

Segundo o MS (CDD, 2009), naquele ano, havia no País 60 serviços de atenção especializada para mulheres e adolescentes em situação de violência sexual, mas, conforme, dados preliminares do Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (ANIS), que está fazendo uma pesquisa censitária sobre os serviços de aborto legal no Brasil, menos de 50 deles efetivamente realizam o aborto nas situações previstas em lei (MASTRELLA, 2014).

Este número de serviços apresentado, contribue para reafirmar o que Villela e Lago (2007, p.472) indicam

A estruturação e manutenção destes serviços e redes não tem sido uma tarefa simples, exigindo continuados esforços de articulação técnica e política. Desta forma, o número de serviços capacitados a realizar todos os procedimentos previstos na norma técnica, incluindo a interrupção da gravidez, quando é o caso, é insuficiente para o tamanho do país; mesmo onde há serviços, muitas mulheres ainda encontram dificuldades para serem atendidas.

Assim, podemos afirmar que o tempo transcorrido desde a implantação do primeiro serviço de aborto legal não tem significado a ampliação da rede assistencial às mulheres para este fim refletindo as tensões do estado brasileiro frente à questão do aborto e dos direitos das mulheres. Villela e Lago (2007, p.475), afirmam que

apesar da importância, real e simbólica, do atendimento às vítimas de violência sexual, governo e movimento de mulheres não têm conseguido garantir a expansão destes serviços, nem articular a contento a discussão sobre a violência sexual e o direito das mulheres ao aborto em quaisquer condições, sendo necessário intensificar as ações em torno desta pauta.

Segundo Leocádio (2009, p.16), concorre entre os obstáculos a realização do aborto legal o processo de institucionalização da política de saúde diante das dificuldades de nacionalização, dos interesses públicos e privados em disputa e das insuficientes condições materiais para a atenção à saúde.

Na Bahia, o Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA), hospital escola de média complexidade, da rede pública de saúde, é o único serviço estadual a atender

os casos de interrupção de gestação, o aborto legal, embora tentativas tenham sido feitas em outros serviços da rede.

Na área hospitalar, o serviço atende as mulheres em situação de urgências e emergências em obstetrícia e ginecologia e realiza a interrupção da gestação nos casos previstos em lei – por violência, anencefalia e risco de vida para a mulher –, desde dezembro de 2002.

Em 7 de abril de 2003, foi inaugurado um prédio anexo com 3 pavimentos e 17 salas, destinado ao atendimento ambulatorial especializado para atender aos serviços de pré-natal de risco, ultrassonografia, planejamento sexual e reprodutivo, ginecologia clínica e cirúrgica, mastologia, prevenção do câncer uterino e de mama, serviço social, nutrição, enfermagem, psicologia e estimulação precoce.

Inicialmente, o atendimento às mulheres em situação de violência ocorria de forma não sistematizada, com a exigência do registro de Boletim de Ocorrência policial, o que foi suspenso após a divulgação, pelo Ministério da Saúde, da Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” de 2006.

A maior parte das mulheres procurava assistência por encaminhamento de um outro serviço, que atende vítimas de violência sexual, vinculado a Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia (SSP-Ba), quando havia necessidade de internação.

Em 2003, uma equipe multiprofissional composta por dois médicos, uma enfermeira e uma assistente social foi encaminhada ao Hospital de Jabaquara, em São Paulo, para participar de treinamento para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual e realização da interrupção da gestação (aborto legal).

À medida que o serviço começou a ser divulgado e conhecido na Bahia, houve um aumento da demanda de mulheres que procuravam atendimento imediato pós-estupro, fazendo com que a equipe multidisciplinar sentisse a necessidade de proceder uma melhor organização do atendimento, sistematização e padronização dos procedimentos. Foram criados então protocolos e fluxogramas que abordam o atendimento nos casos pós-ocorrência imediata da violência sexual, e outros específicos para os casos de gravidez decorrente da violência.

O atendimento pós-violência imediata é iniciado na unidade de Admissão, após primeira avaliação realizada por profissionais do ACCR - Acolhimento com Classificação de Risco, por profissional médico, e, na seqüência, por equipe

multiprofissional composta por assistentes sociais, enfermeiras/os, psicólogas/os e outros, de acordo com a necessidade. É feita a profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e contracepção de emergência e as informações referentes ao atendimento são registradas em ficha de atendimento e arquivadas pelo Serviço de Arquivo Médico e de Estatística (SAME).

O atendimento às mulheres gestantes em decorrência da violência sexual, que solicitam a interrupção da gestação, segue outro fluxo. A mulher é inicialmente acolhida, escutada e avaliada por profissional do serviço social, que procede o encaminhamento interno para a realização de avaliação médica, que inclui a realização de exame de bioimagem (ultrassonografia) e psicológica. As mulheres ou seus responsáveis são orientados e estimuladas a registrar o boletim de ocorrência policial, mas a falta deste não impede o atendimento à sua solicitação.

A decisão de se acatar ou não à solicitação de interrupção de gravidez é tomada em reunião, da qual participam representantes dos serviços que atenderam a mulher (assistente social, médica/o, psicóloga/o e enfermeira/o), a partir dos relatos e pareceres apresentados à equipe por esses profissionais e, eventualmente, podem ser convidados profissionais de outras categorias, de acordo com a necessidade surgida durante a discussão do caso. Cada um é avaliado e o internamento, se aprovado, é programado e comunicado à mulher, para que ela tome providências relativas a comunicação à família, se houver e se a mulher quiser; escolha de acompanhante de sua preferência; e afastamento do trabalho.

Além de parecer assinado pelos profissionais responsáveis pela avaliação, é solicitado, para a interrupção da gravidez, que as mulheres ou representante legal, registrem a demanda, de próprio punho. Quando se trata de adolescentes, é necessário haver a concordância entre a sua vontade e a de seus representantes legais. Nos casos em que ocorre divergência de opinião entre os responsáveis, a situação é comunicada tanto para o Conselho Tutelar da área da unidade quanto para o Ministério Público Estadual e aguarda-se a definição do órgão para a continuidade do processo.

Entre o atendimento inicial e o internamento das mulheres para realização do aborto legal por gestação decorrente de violência sexual, têm-se um tempo médio de duas semanas. Esse período depende da realização de exames complementares e a reunião da equipe multiprofissional responsável pela avaliação, que ocorre freqüentemente nos dias de terça-feira.

No período entre dezembro de 2002, início das atividades relativas à atenção às mulheres em situação de violência sexual e aborto legal, e maio de 2014, período limite de coleta de dados do presente estudo, 335 mulheres foram atendidas no IPERBA em decorrência de violência sexual, conforme registros pesquisados no serviço. Destas, 214 estavam grávidas e 135 tiveram o aborto legal realizado. Dessas mulheres, 88,69% eram solteiras; 30,74% eram pardas; 28,8% tinham entre 20 e 29 anos de idade e 14,6% entre 30 e 39 anos de idade; 48,9% tinham nível fundamental incompleto, 16,3% tinham nível médio completo e 3,32% tinham nível superior completo; os Distritos Sanitários de residência correspondem àqueles que têm os maiores percentuais de atendimento: Barra/Rio Vermelho 9,70%; Brotas 7,76% e Pau da Lima 7,11%.

Uma das causas que determina a diferença entre o número de solicitações e o de atendimento é a elevada idade gestacional das mulheres quando chegam ao serviço, o que inviabiliza a interrupção. Nestes casos, as mulheres são encaminhadas para o Ambulatório de Pré-natal da unidade.

As informações contidas na estatística institucional demonstram a existência de uma baixa demanda pelo procedimento de aborto legal, embora com crescimento anual constante. Isso pode ser relacionado à dificuldade das mulheres relatarem a violência sofrida, a problemas na divulgação do serviço ou ao fato de que, apesar de se constituir em um direito, as mulheres ainda enfrentam barreiras no momento em que necessitam utilizá-lo, principalmente nas situações de violência sexual.

O serviço integra o GT da Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violência na Cidade de Salvador, uma articulação criada há 12 anos, que tem atuado no enfrentamento da violência contra a mulher. É composta por trabalhadoras de serviços que atendem mulheres em situação de violência, por organismos de políticas para as mulheres, núcleos de mulheres da Universidade, assessoras parlamentares, representantes em conselhos de direitos ou de categorias profissionais, entidades da sociedade civil e governamentais,

O GT da Rede tem atuado no enfrentamento da violência contra a mulher no estado com destaque no estímulo à criação do Grupo Especializado de Defesa da Mulher - GEDEM, do MP/Bahia e no Núcleo Especializado de Defesa da Mulher da DP/Bahia; na mobilização "Lei Maria da Penha na Bahia: CUMPRA-SE" para criação das Varas de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher em Salvador e cidades do interior do estado, na ampliação das DEAMs, centros de referência e instituição para abrigo.

Em 1º de agosto de 2013, foi anunciada a sanção, sem vetos, do Projeto de Lei nº12.845, que prevê atendimento integral às vítimas de violência sexual em todos os serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto transforma em lei as diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde, desde 2004, na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e teve o prazo de 90 dias para entrar em vigor. Até o momento, não se tem conhecimento da aplicação dessa Lei na Bahia.

2.4 GÊNERO, VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E ABORTO

Na discussão sobre temáticas que envolvem as mulheres, importante incorporar a compreensão sobre gênero, daí a inserção de alguns apontamentos sobre a questão.

De acordo com Castro (1992, p.80), “com o conceito de gênero, ou relações sociais entre os sexos, inaugura-se um novo patamar do conhecimento”. Define que gênero é um conceito problematizado e aberto, compreendido tanto como relações sociais ancoradas em perfis naturais do ser homem ou ser mulher, quanto realizado por culturas e poderes, para além do sexo de referência.

A autora indica ainda que o conceito de “gênero” desnaturaliza a categoria “sexo”. Castro (1992, p.96) defende “que relações de gênero são relações sociais, plasmadas na cultura, por assimetrias de poder, sustentadas por símbolos, por um mundo sensível, e por razões, por um mundo inteligível, racional”, e analisa a perspectiva de gênero desenvolvida por outras autoras feministas como Joan Scott (1995), Tereza de Lauretis (1987) e Judith Butler (2003), entre outras que apontam um diferente ângulo analítico para pensarmos a violência de gênero, não só sob a ótica da dominação masculina, mas também para além dela. Com isso, a noção de gênero passou a ser usada como uma categoria mais ampla que “patriarcado”, para compreender as relações de poder e violência.

Conforme Saffioti (2004, p.44), gênero é um conceito aberto que se entrelaça mas não se confunde com o conceito de patriarcado, enquanto regime de dominação-exploração das mulheres pelos homens e que, segundo a autora, tem propriedade atual, em especial para os debates sobre sexualidade, violência e direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Gênero, mais que categoria de análise,

diz respeito a uma categoria histórica, regulando relações homem-mulher, homem-homem e mulher-mulher. Para a autora, ainda que existam diversas perspectivas teóricas sobre gênero, elas convergem na ideia de que se trata de uma construção social do feminino e do masculino.

Segundo a mesma autora, o controle da sexualidade feminina é um dos elementos do patriarcado, no sentido de assegurar a fidelidade da mulher (SAFFIOTI, 2004, p.49). A autora defende a utilização do conceito de “direitos humanos” no lugar do conceito de “violência contra a mulher”, em virtude das diferentes perspectivas de análise desse fenômeno e da existência de arcabouço de direitos internacionalmente aceitos, que podem ser utilizados em defesa das mulheres.

Ainda conforme Saffioti (2004), as modalidades de violência física, sexual, emocional e moral não ocorrem isoladamente. Qualquer que seja a forma assumida pela agressão, ela se constitui numa quebra de integridade, fundamentando ser a violência uma violação de direitos humanos; mesmo que a utilização da concepção de direitos humanos seja incipiente enquanto direitos femininos, ela contempla as diferenças entre homens e mulheres, no sentido da igualdade social e do alcance da sua completude (SAFFIOTI, 2004, p.75-76).

No que tange ao significado da violência e todas as consequências que surgem desse fenômeno, a autora lembra que, na sociedade patriarcal em que vivemos, existe uma forte banalização da violência, de modo que há uma tolerância e até certo incentivo da sociedade, no sentido de que os homens exerçam sua virilidade baseada na força/dominação com fulcro na organização social de gênero. Dessa forma, é “normal e natural que os homens maltratem suas mulheres, assim como pais e mães maltratem seus filhos, ratificando, deste modo, a pedagogia da violência” (SAFFIOTI, 2004, p.74).

Patriarcado constitui-se então em importante categoria para a compreensão das formas de dominação de gênero. No mesmo sentido, a valorização e os estudos do feminismo constituem-se essenciais, uma vez que foram esses espaços de organização política das mulheres que estabeleceram as formas de radicalizar os entendimentos sobre as questões relativas a gênero e de conduzir estratégias que deram visibilidade a questões como a violência de gênero, o abuso sexual e a homossexualidade.

Para Minayo (2006, p.93), violência de gênero distingue:

Um tipo de dominação, de opressão e de crueldade estruturalmente construído nas relações entre homens e mulheres, reproduzido na cotidianidade e subjetividade assumido, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias.

Embora diga respeito a relações que envolvem homens e mulheres, a violência incide principalmente sobre as mulheres e constitui, atualmente, questão de saúde pública e causa de maior violação de direitos humanos.

A influência do paradigma de gênero no debate sobre o aborto indica o modo como se constrói o discurso social de domínio sobre as decisões da mulher. Nesse sentido, sua discussão contribui para a compreensão da desigualdade sociocultural existente, que impede a garantia dos direitos humanos das mulheres. Nesse contexto de desigualdade, participam tanto as religiões que ignoram a laicidade do Estado Brasileiro, interferindo na promoção de políticas públicas voltadas às mulheres, como o próprio Estado, que, através do seu arcabouço penal, dificulta o exercício da vida sexual e reprodutiva das mulheres e a concretização do ideário de cidadania e democracia previstos formalmente.

Saffioti (2004) e Minayo (2006) concordam então que tanto o conceito de “gênero” quanto o de “violência de gênero” estão interligados e relacionados à questão da violação de direitos humanos. Assim, gênero, enquanto matriz referencial, se torna fundamental para despertar a consciência social sobre as formas de desigualdades entre as pessoas de sexos diferentes. Portanto, o sexismo, além de ser uma ideologia, também é uma forma de exercício do poder.

De acordo com o referencial de Lima (2013, s.p.) o conceito de gênero foi elaborado a fim de afastar toda e qualquer tentativa de fundamentação biológica para as desigualdades na determinação dos papéis destinados ao homem e à mulher na sociedade. Isso significa que tais sujeitos são frutos da realidade sociocultural da qual fazem parte e na qual são estabelecidos os comportamentos a serem seguidos no seu cotidiano.

Gênero, enquanto construção sócio-histórica-cultural, colabora para a compreensão da violência perpetrada contra as mulheres, à medida que confere visibilidade à dominação historicamente exercida sobre as mulheres.

Segundo Minayo (2006, p.13),

quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder, e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro e de seus bens. [...] A maior parte das dificuldades para conceituar a violência vem do fato de ela ser um fenômeno da ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia.

Essa relação de poder que o homem exerce sobre a mulher, baseada no patriarcado, pode ser praticada de diversas formas, a partir do olhar sobre o feminino enquanto lugar da opressão, do não exercício da cidadania, do direito. “Gênero e sua relação com poder tem sido reconsiderado de acordo com referências teóricas e ideológicas” (CASTRO, 2001, p.61). Isto posto, naturaliza-se a violência contra a mulher, por sua construção histórica de submissão, negação de desejo e fragilidade. O homem determina o lócus dos desejos femininos e masculinos, não reconhece o desejo, a autonomia das mulheres e o exercício da liberdade de vivenciar seu desejo plenamente.

Para Silveira (et al., 2010, p.2), sobre papéis tradicionalmente estabelecidos,

a dominação masculina e os tradicionais papéis construídos como relações de gênero, os quais definem o masculino como detentor do poder sobre a família, como portador de virilidade e força, e o feminino como seu oposto, isto é, o sexo frágil e submisso, são constituintes dos modos de subjetivação marcados por grande disparidade de posições no interior das relações de saber-poder.

Portanto, não cabe o discurso do senso comum de que mulheres e homens têm diferenças naturais que os obrigam a exercer funções diferentes na sociedade, mesmo que desiguais. As pessoas são socializadas e educadas para agir conforme condutas predeterminadas pelas instituições sociais, e não segundo o determinismo biológico. Assim, o modo como homens e mulheres se comportam em sociedade corresponde a um aprendizado sociocultural e, portanto, diverso para cada população, que ensina a agir conforme as prescrições de cada gênero e a expectativa social.

Assim “não bastaria entender a cotidianidade de homens e mulheres, por práticas discursivas ou representações dos indivíduos” (CASTRO, 1992, p.93). A construção sociocultural das diferenças de gênero é reacesa todos os dias pela sociedade, ainda que sem completa consciência de que isso ocorre. Geralmente, nas mínimas atitudes, a relação de hierarquia que se estabelece entre homem e mulher é reforçada, com a reprodução, sem questionamentos, de um discurso preestabelecido.

Vê-se, nesse sentido, a habitual ausência de reflexão sobre as condutas apontadas como tipicamente femininas ou masculinas na vida familiar e social. Não se questiona sobre a origem da atribuição de padrões femininos ou masculinos (LIMA, 2013).

Os modelos de comportamento indicados para homens e mulheres conseguem ser transmitidos com força, de geração em geração, em diversos espaços, quer seja na escola, na família ou no trabalho, sem ponderação sobre o assunto. “Como regra, as pessoas não atentam para o fato de que essas desigualdades constituem fonte de desrespeito e de violência, ao contrário, legitimam a(s) violência(s) em obediência ao padrão normativo comportamental existente” (LIMA, 2013, s.p.).

Considerando o que expressa Lima (2013), o padrão de gênero permeia a vida social e se reflete nas questões referentes à sexualidade e à reprodução, com normatização sobre as condutas sexuais e reprodutivas esperadas de cada um, e aguçam as diferenças entre o masculino e o feminino.

Para Saffioti (2004, p.136), o gênero está longe de ser um conceito neutro. Pelo contrário, ele “carrega uma dose apreciável de ideologia”: justamente a ideologia patriarcal, que cobre uma estrutura de poder desigual entre mulher e homens. Isso porque o conceito de gênero, na visão da autora, não atacaria o coração da engrenagem de exploração-dominação, alimentando-a.

Assim, se gênero é um conceito útil, rico e vasto, sua ambiguidade deveria ser entendida como uma ferramenta para maquiagem exatamente aquilo que interessa ao feminismo: o patriarcado, como um fato inegável para o qual não cabem as imensas críticas que surgiram (SAFFIOTI, 2004).

As representações das sexualidades masculina e feminina, como também as questões relativas à vida reprodutiva são resultado de um sistema patriarcal e machista que violenta a autonomia da mulher, quando lhe retira a liberdade para lidar com seu corpo do modo como decidir. Ao mesmo tempo que é assegurada ao homem heterossexual a possibilidade de viver seus direitos sexuais e reprodutivos, são impostas restrições às mulheres, baseadas na necessidade de preservação do seu corpo e da imposição do dever necessário da maternidade.

Assim, a mulher educada para ser a cuidadora é a mesma que recebe no cotidiano de suas relações o ensinamento da obrigação de viver sua vida sexual de forma parcimoniosa, restrita, com um parceiro fixo e que tenha o domínio da situação. “Essa mulher é socializada para reproduzir, como consequência e necessidade direta

e ‘natural’ da existência de sua sexualidade, e com a finalidade de cumprir sua maior função na sociedade” (LIMA, 2013, s.p.).

Aqui se demonstra o predomínio de uma interpretação, no mínimo equivocada, sobre os direitos sexuais e reprodutivos, uma vez que existe uma moral conservadora que prescreve às mulheres a submissão de sua sexualidade à reprodução. Para essas mulheres, manipuladas pelo mundo patriarcal, resumidas à procriação e à dedicação, o aborto e a recusa à maternidade constituem uma quebra de paradigma, um erro de programação e a quebra do protótipo feminino criado socialmente.

Partindo do que discute Lima (2013), nesse contexto, compreende-se a polêmica em torno da legalização ou não do aborto. As tentativas de descriminalização da prática esbarram na mentalidade social de que a mulher não pode usufruir de sua sexualidade sem ter o (b)ônus da reprodução. De que modo convencer uma sociedade machista e preconceituosa – para a qual parir é uma condição *sine qua non* para a vivência dos direitos sexuais da mulher e que impõe unicamente as mulheres a responsabilidade de evitar a gravidez indesejada – a aceitar a legalização do aborto?

A subordinação feminina por meio de normas sociais que justificam a posse das mulheres pelos homens; o controle masculino dos recursos materiais e das decisões da família; e as condições culturais de masculinidade associadas ao controle, ao domínio e à honra contribuem para a determinação social da violência impetrada às mulheres.

Conforme Montserrat (2008 apud MENEGHEL, 2008),

entendemos que a violência é um mecanismo que submete os corpos com menos poder ao suplício dos que tem mais poder. Por isso as causas da violência não se encontram em características patológicas dos agressores, doença mental, álcool ou drogas, mas são produto da posição de inferioridade social em que a sociedade colocou as mulheres. O feminismo nos ajudou a entender a violência como um problema de poder, originado pela estrutura social baseada na hierarquia de gênero e uma negação dos direitos de cidadania.

Essa posição transforma a rota crítica das mulheres que decidem romper com a violência em processo de re-vitimização, nos serviços que deveriam acolhê-las, vez que a abertura dos serviços e o estabelecimento de políticas públicas e centros de referência para atender as mulheres e suas famílias não alteram o modo autoritário e machista como são atendidas.

Somam-se às questões apresentadas o fato de que a violência na vida cotidiana tem sido um forte mecanismo de manutenção da dominação sobre a vida sexual das mulheres e a reação contrária à legalização do aborto. No terreno político, há uma forte reação de setores conservadores contra as propostas feministas de transformação social e cultural nesses campos, a exemplo das alianças entre igrejas, partidos políticos e outros setores, no sentido de conter avanços no campo legal e das políticas sociais.

A laicidade do Estado Brasileiro deve ter efetividade como qualquer direito fundamental, na perspectiva da concretização de um Estado Democrático de Direito. Ao se permitir que preceitos religiosos interfiram nas decisões de questões jurídico-políticas e no funcionamento das instituições públicas, possibilita-se a retirada do Estado das decisões no que tange aos direitos humanos fundamentais, e se estabelece a perda do direito individual e de cidadania de mulheres que solicitam serviços vinculados à sexualidade ou aos direitos reprodutivos. Além disso, torna clara a contradição entre o que está divulgado nas normativas e a possibilidade da prática.

As políticas públicas em relação à violência devem ser políticas de Estado e contar com recursos e mecanismos de avaliação e monitoramento. É preciso entender que a violência contra a mulher é um fenômeno específico e, mesmo que ocorra no ambiente de outras violências, precisa ser tratada como parte de uma política integral de atenção às mulheres.

Aqui, considero ter articulado os conceitos de gênero, violência e aborto a partir da influência dos padrões sociais estabelecidos para as mulheres e da relação de poder existente na relação homens-mulher, que se torna uma das formas de instituição da violência contra as mulheres em nossa sociedade.

A partir da utilização do gênero, enquanto construção sócio-histórica e cultural, seu conceito deve servir de pano de fundo para a compreensão do modo como a violência de gênero se estabelece em nossa sociedade, colaborando para que o aborto legal seja considerado como um direito humano das mulheres de ter a autonomia para decidir sobre seu corpo. Ao estado cabe implementar políticas que efetivem esse direito.

Acredito que o aborto legal se constitui na possibilidade de as mulheres exercerem livremente o direito à escolha pela continuidade ou não de gestação, de exercerem a autonomia com cidadania, com suporte de equipamentos de políticas públicas e de modo seguro, com prevenção de agravos à sua saúde. O aborto legal decorre do conhecimento da mulher sobre sua posição enquanto portadora de direitos.

3 RESULTADOS

Nesta seção, apresentamos e analisamos os resultados do estudo empírico fundamentados no princípio da integralidade da atenção. Inicialmente, apresentamos a caracterização das participantes do estudo e, a seguir, a percepção das mulheres submetidas ao aborto legal sobre a atenção recebida antes, durante e após o processo de interrupção da gravidez.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES PARTICIPANTES

As participantes desse estudo foram 03 (três) mulheres. A seguir, apresento uma breve síntese com as suas características de acordo com a idade, escolaridade própria e da mãe, local de nascimento e residência, religião de criação e atual, raça/cor declarada, situação conjugal, local de nascimento e moradia atual, procedência, renda familiar e história reprodutiva. São indicados, ainda, local de ocorrência da violência e agressor, busca ou não de serviço, descoberta da gravidez, publicização da agressão, reação da família e decisão de optar pela realização do aborto legal.

A Entrevistada 01 é uma mulher de 34 anos de idade, com grau de escolaridade superior completo, pós-graduanda, mãe e irmãos com a mesma escolaridade, pai falecido, nascida num lar evangélico permanece com a mesma religião. Quanto à raça/cor, se declara parda, mas afirma desconhecer essa classificação no Brasil, porque todos aqui são misturados. Solteira, natural de Camaçari-Ba e, aos 5 anos de idade veio morar em Salvador. Tem renda familiar em torno de R\$5 mil. Não tem filhos e essa foi a sua primeira gestação. Residente do bairro de São Rafael e a violência ocorreu no mês de Janeiro do corrente ano, durante a noite, no local de hospedagem, no interior do estado de Minas Gerais, onde estava a passeio em companhia de um amigo, mediante uso de intimidação verbal por agressor único e desconhecido.

À época da agressão não mantinha relação afetiva amorosa. Não contou a ocorrência da violência para ninguém e no dia seguinte retornou a Salvador. Lembra ter tomado uma “pílula do dia seguinte” durante o caminho de volta, preocupada por

não estar fazendo uso de método contraceptivo. Não registrou o fato, mesmo tendo passado pelo posto policial da cidade e ter visto dois policiais, por se sentir envergonhada.

Por volta de três semanas depois notou a ausência da menstruação, fez o teste e confirmou a gravidez. Por desespero, tentou o aborto de forma insegura com a administração de medicação via vaginal comprada em uma feira livre da capital. Como a medicação foi expelida, procurou por serviço legal em meio eletrônico objetivando legalidade e não colocar sua vida em risco. Ao encontrar soube que era o único lugar no estado que fazia o procedimento.

Ao chegar ao serviço procedente da residência e desacompanhada tinha dúvidas quanto ao atendimento e amparo que receberia por que nunca tinha feito atendimento em unidade vinculada ao SUS e lembrava de fatos divulgados na mídia relativos a não atendimento. Surpreendeu-se com o acolhimento recebido. Falou que precisava estar sozinha baseada na experiência recente de morte do pai que a obrigou a tomar decisões e assumir responsabilidades.

Foi atendida por uma assistente social que a encaminhou para o atendimento médico e psicológico. No mesmo dia fez todos os exames de bioimagem e laboratório. Não se sentiu julgada, percebeu que o trabalho foi feito para que tivesse a certeza da decisão, mas ficou temerosa com o prazo informado de limite de 20 semanas para o procedimento.

Ao ser informada da data de internamento estava em cidade do interior do estado, e a notícia teve impacto. No percurso de volta, teve fortes dores, que a obrigaram a procurar hospedagem. Teve sangramento, Ao chegar a Salvador retornou ao serviço e houve suspeita da ocorrência do abortamento. Foi medicada e orientada a retornar dias depois para realização de exame ultrassonográfico, indisponível no período de carnaval.

Com relação ao processo de decisão da realização do aborto legal relatou ter sido um momento muito difícil, tanto para iniciar, evidenciado pela elevação da pressão arterial, quanto para terminar. Após a alta hospitalar contou aos familiares, que a apoiaram. Pretende escrever alguma coisa sobre a sua experiência.

A Entrevistada 02 é uma mulher de 23 anos, com escolaridade de nível médio completo e mãe com nível fundamental incompleto, origem religiosa católica, mas no momento da entrevista era espírita kardecista. Quanto à raça/cor, declara-se negra. É solteira, natural de Salvador, procedente da residência; desempregada, fazia biscates

como faxineira e não informou a renda familiar. Reside em imóvel alugado custeado pelo pai, que é servidor público, no bairro do Engenho Velho da Federação. Pais separados. Relação homoafetiva anterior à violência sexual. À época da agressão não mantinha relação afetiva amorosa. Segunda gestação, primeiro aborto, tendo uma filha de 5 anos de idade. A mãe é evangélica, não tem atividade com renda própria, reside em imóvel alugado custeado pelos outros três filhos e recebia benefício assistencial do governo federal, naquele momento suspenso.

A violência ocorreu em via pública, no bairro do Ogunjá, quando retornava de uma faxina, mediante uso de arma de fogo e ameaça verbal por agressor único e desconhecido. Confirmou a gestação após sentir atraso menstrual e fazer exame adquirido em farmácia. Sua mãe ao saber queria que o registro de boletim de ocorrência policial fosse feito, mas ela teve receio do agressor conhecê-la e o registro desencadear outras situações, além da preocupação com DSTs. Não publicizou a agressão sofrida com outros familiares.

O serviço de aborto legal foi encontrado com a ajuda de uma amiga, estudante de psicologia, através da utilização de meio eletrônico e encaminhamento para profissional de saúde da unidade que conhecia. O site explicava o processo e ela teve segurança de que seria avaliada e não estaria sozinha.

Ao chegar foi atendida pela assistente social que fez a escuta e encaminhou para a psicologia. Da mesma forma que a Entrevistada 01, fez vários exames e teve o internamento marcado.

A decisão pela realização do aborto legal decorreu da certeza de que não poderia continuar com aquela vida diante da repugnância a barriga, não conseguir ver algo positivo na situação, não ter como sustentar mais uma criança nem explicar a paternidade daquela criança e o estupro para familiares.

Relatou que quando o procedimento acabou foi só dar graças a Deus, pois viveu de novo.

A Entrevistada 03 é uma mulher de 34 anos, com escolaridade do nível fundamental incompleto. Não sabe informar a escolaridade da mãe. Pai não citado. Católica, refere nunca ter mudado de religião, ser da raça/cor preta. Solteira, natural de cidade do interior do estado da Bahia, a que se refere como Caldeirão. Exerce profissão de empregada doméstica com renda mensal de um salário mínimo. Reside na Av. Vasco da Gama em imóvel alugado.

A gravidez que resultou no aborto legal foi a sua quinta gestação. Tem quatro filhos sem aborto anterior. Violência ocorrida em via pública, ao retornar do trabalho, próximo a Estrada Velha do Aeroporto, nesta capital, mediante uso de arma branca por agressor único e desconhecido.

Tomou conhecimento da gravidez ao perceber o atraso menstrual e fazer exame adquirido em farmácia. Procurou um hospital, no qual um profissional médico informou a existência do serviço de aborto legal, mas não forneceu encaminhamento escrito nem transporte.

Contou para sua patroa e sua mãe sobre a violência e a decisão tomada. Relatou tentativa da mãe de demovê-la da idéia do aborto legal, mas ter definido com tristeza por ter todos os quatro filhos de um só pai, não ter como assumir filho de um estuprador, trabalhar, morar sozinha, ser separada. Teve dúvidas quanto a realização do aborto legal por ser um serviço do SUS e não ter recursos para pagar. Caso não fosse possível a interrupção entregaria a criança para adoção.

Foi admitida no serviço após passar pela assistente social e ser encaminhada para a psicóloga e a médica. Fez todos os exames no mesmo dia. Durante todo o processo estava desacompanhada.

Algumas das características sociodemográficas das entrevistadas não apresentam divergência quando comparadas àquelas do total de mulheres atendidas no serviço de aborto legal, no período anterior à seleção das entrevistadas.

As mulheres que sofrem violência sexual chegam à unidade, em sua maioria, por demanda espontânea, encaminhadas por outro serviço de saúde ou da rede de atenção às mulheres em situação de violência. Raros são os casos de atendimento pós-violência imediata de mulheres levadas por socorristas ou policiais.

Segundo Cerqueira e Coelho (2014, p.11) independentemente do agressor ser conhecido ou não, “a ameaça e a força corporal/espancamento estão fortemente presentes e aumentam com a faixa etária da vítima”, assim como a prevalência do uso de objetos contundentes ou perfurocortantes. O uso de armas de fogo se destaca quando o perpetrador é desconhecido e a vítima é adulta, este responde por 24% dos casos.

Com relação ao local da ocorrência, Cerqueira e Coelho (2014, p.12) apresentam nos resultados do seu trabalho que, quando o agressor é desconhecido, a via pública assume posição de destaque, e a incidência de estupro nesses locais é maior que a verificada nas residências. Isso se confirma nas falas das mulheres entrevistadas no presente estudo.

3.2 CATEGORIAS EMPÍRICAS

3.2.1 Da percepção da gravidez ao atendimento no serviço

Neste item, aborda-se a percepção das mulheres, do momento da confirmação da gravidez ao atendimento no serviço, com as seguintes subcategorias de análise: publicização do evento violento; reação da família; circunstância da interrupção considerando o processo decisional e a participação da família; conhecimento do serviço e expectativas no serviço de aborto legal; serviços procurados antes do atendimento na unidade, presença de acompanhante e encaminhamento até o serviço.

3.2.1.1 Da confirmação da gravidez à publicização do fato

Ao serem perguntadas sobre o momento da confirmação da gravidez e a publicização do evento para familiares, pessoas amigas as entrevistadas falaram:

[...] recebi o exame e vi lá que tava grávida [...]fui à Feira de São Joaquim [...] comprei dois remédios e eu coloquei [...]porque[...], não, deve existir alguma coisa no Brasil que seja legal em relação a isso [...] até o processo de interrupção eu estava só mas aqui no IPERBA, [...] disseram assim você precisa de alguém pra que pelo menos venha contigo e aí foi que eu contei pra minha sócia. (E 01,34 anos, IG 06 sem)

[...] Eu não apareci mais no trabalho. Eu senti atraso menstrual e o medo da possibilidade da gravidez ser verdade eu comprei um exame daqueles... Liguei pra um colega pedi pra ele comprar.. [...] E aí confirmei, fiquei sem saber o que fazer. Minha mãe bateu lá no dia seguinte, foi que eu contei. [...] Você não sabe. Eu não ia imaginar nunca, que eu ia tá voltando do trabalho, que ia ser estuprada e que ia ficar grávida. (E 02,23 anos, IG 10sem.)

Eu soube por que tava esperando a menstruação vim e ela não desceu. [...] Fiquei desesperada peguei entrei na farmácia [...] Fiz ai deu. [...]Contei pra minha patroa, depois liguei pra minha mãe [...] no interior. (E 03, 34 anos, IG 10sem.)

Todas as entrevistadas confirmaram a gravidez mediante realização de teste específico, adquirido por conta própria, após observação da ausência da menstruação no período habitual. Não houve busca de serviço de saúde para avaliação clínica.

A publicização da situação para pessoas conhecidas ou familiares, de acordo com as falas das entrevistadas, decorreu de fatores diversos: uma por solicitação de acompanhante no serviço de saúde, uma por busca de familiar e outra para justificativa de ausência do trabalho e relação materna.

Não houve publicização da agressão em equipamentos representativos de políticas públicas, seja pelo registro de boletim de ocorrência policial, busca imediata de serviço de saúde ou qualquer outro tipo.

Conforme Oliveira et. al (2005),

Muitas mulheres relutam em buscar atendimento ou não o procuram logo após a violência por acreditarem ser necessário fazer primeiro o boletim de ocorrência ou exame pericial no Instituto Médico Legal (IML). Por temerem os constrangimentos associados a esses serviços, acabam por não buscar o serviço de saúde ou o fazem tardiamente, comprometendo, assim, as ações profiláticas que devem ser realizadas nas primeiras 72 horas após o evento.

Verificamos na fala da Entrevistada 01, surpreendentemente aquela de maior escolaridade, a utilização de método inseguro para tentativa de abortamento com a compra de medicação de forma clandestina em feira livre da cidade. Conforme Bursztyn (2008, p.477), essa situação reflete o quadro de restrição do aborto pela lei. A mulher, quando confrontada com uma gravidez não desejada, pode acabar recorrendo a práticas tecnicamente não-recomendáveis.

A integralidade da atenção dos serviços, que poderia estar expressa, a partir da ocorrência da agressão, sob a ótica da promoção e prevenção do agravo a saúde, mediante a busca de serviços de saúde para a realização de profilaxia de DSTs e contracepção de emergência, que evitaria a gestação, não ocorreu com as três entrevistadas.

3.2.1.2 Reação da família

Ao serem perguntadas quanto a reação da família diante da ocorrência da violência e constatação da gravidez, as entrevistadas falaram:

[...] Não houve reação de parceiro por que não existia e nem da família porque não sabia. (E 01,34 anos, IG 04 sem).

[...] Pra mim ela (a mãe) ficou um pouco desorientada. Primeiro era pra lidar com o que tinha acontecido, depois saber o que fazer com o que aconteceu e não saber aonde ir.[...] e também precisava saber como é que tava tudo meu por dentro, se eu tinha alguma doença... ela ficou com essas preocupações [...]só eu e minha mãe mesmo. (E 02, 23 anos, IG 10sem.)

[...] minha mãe [...] no interior. Ela até ficou com medo de tirá. Falou não minha filha não tira” (E 03, 34 anos, IG 10sem)

Como visto, a reação da família das entrevistadas, quando souberam, foi de temor: a Entrevistada 02 relatou desorientação da mãe ante o fato ocorrido e preocupação com a sua saúde, e a Entrevistada 03, o medo do procedimento que iria realizar. As reações das mães, expressas nas falas das entrevistadas, se vincularam ao cuidado e a preservação da saúde.

3.2.1.3 Circunstância da interrupção considerando o processo decisório e participação da família

No que se referiu ao processo de decisão quanto a realização do aborto legal e a participação da família nesse processo, as entrevistadas falaram:

[...] Uma coisa que me deixou bem temerosa foi a questão do prazo por que pode-se fazer isso até as 20 semanas [...] pra mim foi um momento muito difícil aquele tanto que eu nunca tive problema de pressão alta e passei uns 15 dias com a pressão altíssima [...] Eu precisava passar por aquilo eu pensava assim (E 01,34 anos, IG 04 sem).

[...] O meu medo maior era de que eu não ia criar essa criança da forma correta. [...] eu não conseguiria ser uma boa mãe por mais que eu me esforçasse ela sempre ia ser uma referência de uma coisa muito pesada [...] Então eu tinha certeza que se eu levasse aquela vida adiante eu ia fazer uma besteira. [...]. Eu não conseguia ver nada de positivo naquilo ali. Eu tava na cabeça já que eu não queria. [...] Não tinha condição nenhuma, então eu pesei tudo isso: pesei a vida que eu teria, o que eu poderia proporcionar de afeto, de criação e de financeiro e eu não tinha nada. Nem psicológico pra ter um filho, não tinha. [...] A minha mãe que eu achei que ia me apertar, me deixou à vontade, não é? Ela falou que ela entendia [...] (E 02,23 anos, IG 10sem.)

[...] . não posso já tenho meus 4 filhos estudando, trabalho, moro sozinha, separada [...]eu não tinha como ter outro um filho de uma pessoa desconhecida que eu não conheço um estuprador, entendeu?

Se fosse ter eu podia ter, mas também deixava na maternidade. [...] tenho meus filhos que são tudo do mesmo pai... [...] Que eu nunca tirei filho eu fiquei tão sentida não vou mentir... assim nunca perdi filho... fiquei um pouco sentida. Tenho pena. (E 03,34 anos, IG 10sem.)

A decisão pela interrupção da gestação decorrente da violência sexual foi tomada, por todas elas, de modo solitário, com a reflexão de não aceitação da gestação.

Essas falas vão ao encontro do que afirmam Menezes e Aquino (2009, p.198): a falta de recursos financeiros é apontada, sobretudo, quando se investigam mulheres de camadas populares, não sendo tão relevante naquelas de estratos sociais favorecidos. A explicação da decisão de abortar privilegia algumas razões em detrimento de outras. Os motivos relatados para a interrupção da gravidez são variados segundo a idade, situação conjugal e contexto social.

Isso é convergente com o que é discutido em outros estudos que mostram como, para muitas mulheres, essa gravidez, forçada e indesejada, é sentida como uma segunda e intolerável forma de violência, o que muitas vezes torna impossível mantê-la até o término (FAÚNDES, 1997). Essa afirmativa pode ser comprovada na fala da Entrevistada 02: “Então eu tinha certeza que se eu levasse aquela vida adiante eu ia fazer uma besteira”.

Com relação à interferência da religião no processo decisório, as falas não a indicam como de fator de influência na decisão das mulheres.

realmente existem os medos... errar... principalmente no protestantismo na igreja evangélica tem isso, tudo é pecado né? mas eu tenho uma visão muito diferente, mesmo sendo evangélica. (E 1,34 anos, IG 04 sem).

Pedi muito perdão a Deus. (E 02,23 anos, IG 10sem.)

Segundo Digiovanni (2008, p.7), o “pertencimento” ou “adesão” religiosa não significam necessariamente a obediência aos ditames doutrinários ou pastorais. Assim, a decisão pelo aborto se sobrepõe às regras sociais, determinações legais e preceitos religiosos, o que sugere uma “negociação com a realidade” no sentido da prevalência dos projetos de vida pessoal sobre imposições religiosas, legais e sociais.

Isso confirma o que apresentam Diniz e Medeiros (2010, p.964): “a religião não é um fator importante para a diferenciação das mulheres no que diz respeito à realização do aborto”.

3.2.1.4. Conhecimento do serviço e expectativas

No que se referiu ao modo como tomaram conhecimento do serviço e as expectativas da atenção a receber obtivemos as seguintes falas das entrevistadas:

[...] soube do IPERBA, pela internet e soube também que era o único lugar no estado que fazia isso. [...] Nunca tinha feito atendimento no SUS [...] a princípio existia aquela questão será vão me atender, será que eu me sentir amparada, será que o que a gente ouve na televisão, vê nos jornais vai acontecer comigo também? Será que vou dar uma viagem de balde, né isso é o que a gente pensa. (E 01,34 anos, IG 06 sem)

Procurei uma amiga [...]e ela que descobriu o IPERBA pra mim [...] Na verdade eu nem sabia que isso existia. [...]. Foi ela que disse que o site informava os direitos legais que eu viria aqui conversar com assistente social, psicologia...tudo direitinho e eles iriam me avaliar e cuidar se era necessário realmente. Então, eu também tinha essa segurança se eu tivesse ficando maluca não iam me deixar fazer uma besteira não é [...] O meu maior medo era esse: entrar num hospital e tá todo mundo tá olhando pra mim. Foi pensamento demais, a pessoa morre de imaginar. [...] (E 02,23 anos, IG 10sem.)

[...] fui no hospital errado lá na cidade baixa... ai falou aqui não faz isso não, você vai em tal lugar em Brotas. [...]achava que não ia tirar que ia ficar porque as coisas assim pelo SUS, né? (E 03, 34 anos, IG 10sem.)

Duas das entrevistadas relataram informação sobre o serviço a partir de pesquisa eletrônica, uma delas com ajuda de pessoa amiga e uma por orientação verbal de profissional de saúde de outra unidade, onde buscou atendimento. Na fala de duas delas, verifiquei temor, descrédito e expectativa negativa no atendimento prestado por serviço vinculado SUS, para resolução da questão.

Talib e Citeli (2005, p.45) apontam que uma parcela significativa dos serviços de aborto legal no Brasil presta pequena quantidade de atendimentos em decorrência da invisibilidade pública que é dada a esse tipo de serviço, o que limita o acesso das mulheres, que, mesmo tendo o direito assegurado por lei, acabam não se beneficiando por desconhecerem a existência dessa política pública. Ainda de acordo com a pesquisa das autoras citadas, em todo o território nacional os serviços que realizam o aborto legal estão concentrados nas capitais, revelando a completa ausência de assistência as mulheres que residem no interior.

A desinformação sobre a lei, a existência do serviço e a possibilidade de utilização do SUS para o aborto legal são, portanto, impeditivos à efetividade da integralidade.

3.2.1.5 Serviços procurados antes do atendimento no serviço de aborto legal, presença de acompanhante e encaminhamento até o serviço de referência

Quando perguntadas sobre os serviços procurados antes do atendimento no serviço de aborto legal, a presença de acompanhante e o encaminhamento para a unidade de referência, as entrevistadas falaram:

[...] não passei por outros lugares, não fui a outros médicos nada disso [...] eu me senti obrigada a ter que ter alguém aqui, mas também entendi porque qualquer coisa que acontecesse comigo eu precisava de alguém aqui comigo, [...] ninguém me indicou eu vim procurando estar dentro da lei não queria fazer nada que colocasse minha vida em risco não é? (E 01,34 anos, IG 06 sem)

[...] Quem me falou foi o médico que me passou a receita. [...] na Tysilla Balbino [...] Fui sozinha. Minha irmã foi embora e eu fiquei sozinha. (E 03, 34 anos, IG 10sem.)

Apenas a Entrevistada 03 relatou ter procurado outro serviço antes do atendimento no serviço de referência. No local, foi atendida por profissional médico, que indicou a existência do serviço, mas fez encaminhamento verbal e informal.

A questão da presença ou ausência de acompanhante foi relatada por todas as entrevistadas, sob diferentes perspectivas. A Entrevistada 01 relatou ter se sentido obrigada a apresentar uma pessoa, embora tenha entendido a solicitação e ter sido atendida desacompanhada; a Entrevistada 02 foi acompanhada em todo o processo e a Entrevistada 03 não teve acompanhamento em função de a família residir em cidade do interior do estado.

Nesse dia teve até paralisação de ônibus eu dormi lá por não tinha como ir embora não tinha dinheiro pra taxi ai dormi lá ai de manhã foi que eu vim prá aqui [...] (E 03, 34 anos, IG 10sem.)

Essa fala da Entrevistada 03, encaminhada de um serviço de saúde, revela a não disponibilização de transporte que viabilizasse o seu deslocamento do serviço de origem para o serviço de referência, o que pode se traduzir na quebra da integralidade da atenção, no que se refere à não atenção da situação socioeconômica de muitas mulheres, o que termina por atuar como condicionante do processo de busca pelo serviço.

Segundo Badone e Faúndes (2007, p. 467).

Com o objetivo de melhorar as relações entre os vários setores que prestam atendimento às mulheres, é necessário que se estabeleça uma boa integração entre os serviços de saúde, incluindo-se aí o transporte de vítimas, assistência social; a articulação entre delegacias e Institutos Médicos Legais é importante. [...] Para tanto é fundamental a integração dos vários setores que participam do atendimento às mulheres, iniciando-se com os responsáveis pelo transporte.

Nesse sentido, a escassez de serviços disponíveis em todo o território nacional e em particular no estado da Bahia, além de comprometer o acesso das mulheres, também se constitui em uma violação de direitos reconhecidos pelo Estado brasileiro, em nível nacional e internacional.

No tocante à segurança pública:

Passei até num posto de polícia da cidade, um postinho mesmo, pequenininho, tinha dois policiais e eu fiquei envergonhada e eu só pensava o seguinte: como é que eu que sou pessoa que tenho nível superior, que eu vejo na televisão as coisas acontecendo como é que eu não tenho coragem de entrar num posto de delegacia e fazer uma denúncia. Mas eu não tive coragem e voltei prá casa. (E 01,34 anos, IG 06 sem)

[...] a incerteza de não saber se me conhecia, se não me conhecia, se tava me seguindo ou não e eu ir dar queixa o medo era de acontecer alguma coisa comigo daquela pessoa... porque eu tentei olhar e ele não deixava. Não queria que eu visse o rosto. [...] (E 02,23 anos, IG 10sem.)

Verifiquei a fragilidade das mulheres, baseadas no medo de se expor e no sentimento de vergonha, como impeditivo à comunicação do crime nas instâncias pertinentes, o que contribuiria para a adoção de medidas de proteção e prevenção de ocorrência de novas agressões, na fala da Entrevistada 01.

A Entrevistada 02 fala sobre o medo de prestar queixa vinculado à possibilidade de o agressor ser conhecido e efetivar alguma outra agressão.

Em ambos os casos, a intimidação diante da ocorrência da violência está presente.

3.2.2 Percepção sobre a atenção prestada pelo serviço para interrupção da gravidez

Nessa subseção, apresento as falas das mulheres quanto ao atendimento no serviço, dificuldades ou facilidades encontradas; a avaliação acerca da atenção dos profissionais no que se refere ao acolhimento; as informações recebidas sobre o procedimento; o manejo da dor; as orientações recebidas no momento da alta (retorno, revisão e contracepção pós-aborto – profilaxia de DST); percepção de discriminação, julgamento, tentativa da reversão da decisão e relação com a família.

3.2.2.1 Descrição do atendimento

Ao serem solicitadas a descrever o atendimento recebido na unidade de referência para o aborto legal as entrevistadas falaram:

uma assistente daqui foi a primeira pessoa que eu vi (*cita o nome da assistente social*) e foi a primeira com quem conversei [...]eu cheguei aqui umas oito nove horas da manhã nesse dia eu sai quase 5 horas da tarde por que foi necessário fazer exame de sangue, fazer admissão, fazer a ultrassom [...] então em relação ao que precisava ser feito de início foi feito todo naquela segunda feira. [...] eu passei pela médica [...] só não consegui falar com (*cita o nome da psicologa*) mas tudo que pode ser assim tava pronto [...] os exames tudo que precisava [...]eu tive que fazer duas ultrassom [...]. (E 01,34 anos, IG 06 sem)

Primeiro foi a assistente social. Me encaminhou pra psicologia, que me atendeu, anotou tudo direitinho e aí fui fazer a ficha pra poder fazer a bateria de exames relacionados ao aborto, exame de sangue tudo direitinho pra confirmar que a gravidez existia. [...] Hepatite, todo tipo de DST, sífilis... eu tava com infecção urinária, fiz o tratamento. Não fiquei internada, porque eles não viram necessidade, mas recebi a receita do medicamento, até por que não podia fazer o procedimento com infecção. Fiz ultrassom também, só. [...] [...]Me deixaram muito claro na assistência social que só iria saber da minha situação os profissionais nessa questão. [...]eu cheguei três horas da tarde e só fui realmente sair da sala de curetagem acho que era oito, nove horas do outro dia. Eu fiquei lá sangrando, aquele processo todo, sentindo dor depois fizeram toque de novo. O médico que chegou de manhã, eu não sei dizer se era o anestesista, se era médico de fazer a curetagem, mas que falou que eu tinha perdido um volume de sangue muito grande que já era pra eu ter sido encaminhada pra sala de curetagem e eu fui até na frente da menina que tinha perdido o feto de cinco meses. (E 02,23 anos, IG 10sem.)

Passei na assistente social, [...] expliquei minha situação, ela botou no papel depois mandou fazer uma ficha lá. Ele (o médico) passou um exame pra eu fazer de sangue, passou US, exame de sangue e de urina que eu fiz. Demorou. Passei aqui quase o dia todo. Sai bem de tardinha. Fiz tudo no mesmo dia. Passei também pela psicóloga, [...] Conversei tudo com ela lá, expliquei a ela minha situação, ela anotou tudo lá. [...]passei lá em baixo pra tirar o sangue, passei na medica aqui, só nesse lugar daí eu passei e passei também no dia que eu vim pra tirar o neném. [...] No dia demorou porque tava cheio, tinha vaga não. [...] Ela me internou, mas eu fiquei lá fora no banco sentada até surgir uma vaga pra eu subir. Ai quando surgiu a vaga eu subi. Cheguei de manhã mais ou menos já era mais de três horas era bem mais. Quando me internei só botou dois comprimidos, assim q ela botou senti logo a dor porque tava bem novinho. Senti aquela dor nas costas, aquela cólica. Assim que ela botou demorou um pouco começou logo a descer o sangramento. Ai de manhã cedo fiz a coletagem no domingo. [...] (E 03, 34 anos, IG 10sem.)

Todas as mulheres entrevistadas falaram sobre o processo de atendimento centrado nos profissionais de medicina, psicologia e serviço social, com destaque para as assistentes sociais. Apesar de citarem a realização de exames de bioimagem e laboratoriais, houve invisibilidade de outras categorias com a não citação da atuação durante o processo, a exemplo da enfermagem.

Podemos analisar as falas das mulheres tendo em vista o princípio da Integralidade a partir do relato da prioridade no atendimento, realização de exames e avaliações em curto período de tempo e preservação do sigilo sobre o motivo do atendimento, todos estes elementos vinculados às boas práticas. Contudo, se for considerada a utilização do método para a interrupção da gestação, em todos os três casos foi usada a curetagem uterina e não a aspiração à vácuo intrauterina, método recomendado pela Organização Mundial de Saúde – OMS, pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia – FIGO e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO, para a idade gestacional até 12 semanas (BRASIL, 2011, p.77).

Pesquisa realizada por Zordo (2012, p. 1749), dois anos antes, que também abordou profissionais do serviço de referência, tem o mesmo resultado quanto ao procedimento utilizado para a realização do aborto legal. Segundo a autora “Ninguém mencionou a técnica alternativa a indução – dilatação & evacuação cirúrgica em anestesia geral – que reduz muito o sofrimento da mulher”.

O atendimento baseado em protocolo específico e no acolhimento com classificação de risco, preconizado pela Política Nacional de Humanização, que

prioriza as mulheres em situação de violência, é percebido pelas mulheres como um diferencial. Isso influencia nas respostas vinculadas à existência de dificuldades ou facilidades durante o atendimento:

[...] o que eu precisei eu encontrei aqui se bem que eu não sabia o que ia precisar, entendeu? A única vez que eu precisei fazer exame fora foi porque não tinha medico no dia e ai eu precisei fazer exame fora que foi pra fazer a curetagem, foi uma ultrassonografia pra saber a espessura do endométrio. Ai tava na época do carnaval e não tinha medico pra fazer. [...] Mas assim não tenho do que falar. [...] Pra mim não tenho o que dizer. [...] já existe uma prioridade mas não existe a prioridade da prioridade, né ? e eu sei que no caso de uma mulher em trabalho de parto e uma pessoa que tá num processo num procedimento de interrupção legal a prioridade vai ser o trabalho de parto eu creio isso [...] eu não sei se seria fazer com que essa pessoa entre para o procedimento logo ou se ela pelo menos tivesse um lugar separado. Não sei, não sei. Mas não é nem assim por mim realmente entendeu? foi por que eu pensei no total. (E 01,34 anos, IG 06 sem)

[...] Eu acho que aqui é bem organizado e tem uma prioridade pra quem sofre o tipo de abuso então o atendimento acaba sendo até mais rápido, muito melhor orientado Eu consegui fazer todos os exames.. só a US que as vezes... que tava no SUS mas, fazia o procedimento de todo muito fazia a ficha e aguardava por prioridade disso das cores, fazia e ia pra casa não vi nenhuma dificuldade. A dificuldade era as custas do processo todo mas não tem nada a ver com o lugar. [...]demorou mas eu acho que não foi culpa dos médicos, o meu colo tava fechado, colocaram remédio tudo, mas não tava dilatando então eu realmente tinha que esperar porque eles disseram que fazer a curetagem com o colo fechado não tinha como [...] (E 02,23 anos, IG 10sem.)

[...] Tinha bastante gestante que ia ter neném. Ai eu não podia passar na frente por que não tinha que ser né? Elas é que tinham que ir né porque ia ter neném e eu depois, mas daí em diante foi ótimo, foi bom. (E 03, 34 anos, IG 10sem.)

Portanto, aparece nas falas de duas das entrevistadas a percepção de que a prioridade do atendimento era dada às mulheres que buscam o serviço para a atenção ao parto. Elas, de certo modo, consideram que esse motivo de atendimento é mais relevante que o delas. Podemos associar o fato ao papel de destaque que historicamente é dado à maternidade na nossa sociedade, em detrimento da atenção às ações voltadas para a saúde da mulher nos seus diversos aspectos, inclusive no processo de abortamento, enquanto direito à saúde reprodutiva.

Como argumentam McCallum, Reis e Menezes (2006), as maternidades são casas destinadas a receber parturientes e seus bebês, e, as mulheres com

aborto representam uma demanda ilegítima. No mesmo trabalho as autoras refletem que as mulheres

‘Durante sua permanência no centro obstétrico, embora estejam emocionalmente transtornadas, esforçam-se para ‘resgatar’, para si mesmas, significados e valores positivos, lutando contra a ameaça dos julgamentos negativos, em um campo de batalha simbólico. Invariavelmente, essa vitória é descrita como solitária.

Isso exemplifica o problema do modelo de atenção ao aborto que coloca as mulheres em processo de trabalho de parto e abortamento no mesmo local. As falas das mulheres entrevistadas resgatam a questão ao se referirem ter que aguardar por não ser prioridade o seu tipo de atendimento.

Houve a percepção de uma das entrevistadas sobre o local destinado à espera do internamento, comum a todas as mulheres que buscam atendimento, enquanto possibilidade de exposição da motivação para a busca do serviço. Segundo a Entrevistada 01:

[...] ressalva que eu tive foi no momento que fiquei na admissão esperando, mas que eu vejo que isso só não ocorreria se eu estivesse numa sala separada, que é a interpelação pelas pessoas que estão na admissão da seguinte forma: a gente se senta e espera pra fazer o procedimento pra ser chamada pra o internamento. Nessa espera, todas as pessoas que estão na espera também te perguntam por que você tá ali. [...] eu não tive muitos problemas em dizer que ia fazer um procedimento e não entrar muito em detalhes, mas eu creio que deve ter gente que se senta ali e não quer se expor ou não sabe o que responder [...] eu não pensei nem em mim eu pensei em quem poderia estar passando pela mesma coisa que eu e não saberia responder [...] na hora eu pensei assim deve ter alguém que passa por aqui e sente isso não sei se sente assim eu podia tá duas cadeiras afastadas pra ninguém me perguntar [...] eu não sei se seria fazer com que essa pessoa entre para o procedimento logo ou se ela pelo menos tivesse um lugar separado. (E 01,34 anos, IG 06 sem)

Embora tenha aparecido em uma única fala, a inexistência de espaço físico específico relaciona-se à ambiência prevista na Política de Humanização do MS e associa-se ao princípio da integralidade enquanto estrutura, organização e eficácia dos programas efetivados.

3.2.2.2 Acolhimento dos profissionais

No que se refere ao acolhimento recebido dos profissionais do serviço, as entrevistadas falaram:

por incrível que pareça eu cheguei aqui e me senti realmente acolhida [...] a gente sabe que existem clinicas clandestinas que existem formas né que outras pessoas podem fazer mas eu tomei o IPERBA como uma casa assim como um lugar que iria me ajudar naquilo né? [...] eu percebi que todos eram tratados mesmo da mesma forma assim principalmente aqui na recepção ali na área de espera por conta mesmo que vai de acordo pela prioridade com a urgência [...] Acho que fui muito preservada em todos os momentos sim, até mesmo na questão do tempo de eu chegar aqui pra fazer e aí de chegar aqui de ter uma certa prioridade pra isso do atendimento em si sabe, eu me senti preservada sim, mesmo. Então realmente em relação essa percepção daqui de como eu fui recebida eu acho que o IPERBA realmente tá sabendo trabalhar com isso. [...] eu acho que fui muito bem atendida e no procedimento fui muito bem acompanhada em relação a mim (E 01,34 anos, IG 06 sem).

[...] eu me senti bem protegida com relação a minha individualidade, a minha privacidade. [...] mas o pessoal lá são um pouco grosseiros [...] Não por parte da assistência social, não pela parte da psicologia. Mas parece que aquela parte ali onde faz curetagem não é mais o mesmo hospital. É muito estatizado o clima é muito pesado, varia muito. Os médicos geralmente são educados, com exceção deste, mas as pessoas são grosseiras. Você não pode pedir uma coisa mais de uma vez que não, perai. Eu não associava ao fato de ser por eu estar ali para interromper uma gestação ou se elas eram assim. Então eu não sei dizer se foi exatamente por esse motivo, entendeu? Não quero condenar ninguém. Mas, são grosseiras e aquele médico é bruto. Não quero condenar ninguém. (E 02,23 anos, IG 10 sem.).

[...] atendimento daqui eu achei bom o atendimento... não tenho o que falar [...] Acolhida por que ele não me mandou voltar pra casa, me deixou ficar. (E 03, 34 anos, IG 10 sem.)

Conforme Oliveira (et al., 2005, p.379), acolhimento é a relação solidária, respeitosa, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, estabelecem com os diferentes tipos de usuários que por eles procuram. As mulheres expressaram fatores que traduzem o acolhimento no atendimento, com preservação da privacidade e individualidade. Esse atendimento acolhedor é parte do princípio da integralidade.

Uma das entrevistadas registrou a diferença de atendimento por profissionais em um dos ambientes dos serviços. Vale ressaltar como uma delas avalia positivamente o atendimento das profissionais de serviço social e psicologia.

3.2.2.3 Informações sobre procedimentos e manejo da dor

No tocante as informações recebidas sobre os procedimentos a serem adotados e o manejo da dor, ao serem questionadas as mulheres entrevistadas falaram:

[...] foi me passado sim como é que seria o procedimento todo e uma das coisas que eu perguntava eu acho que eu perguntei umas duzentas vezes foi e eu vou sentir dor? [...] se eu fui medicada pra o procedimento? Sim. Falaram pra mim existem mulheres que não sentem mas você pode sim tem a questão do tempo, tem mulheres que o colo do útero abre em menos de um dia mas tem gente que passa mais tempo isso tudo foi falado mas nada é de acordo [...] eu acho que nunca é de acordo com o que você ouve mas foi passado sim. [...] (E 01,34 anos, IG 06 sem)

Ela (*a psicóloga*) me explicou como seria e tudo. Mas, eu acho que ela explicou bastante, mas até onde ela pode explicar [...] Tive dor, mas teve um médico... eu cheguei a questionar vários médicos que tavam lá no plantão. Eles diziam sente mesmo. Parece até que eles tinham combinado a fala. Ai teve um médico que foi que me deu medicamento pra dor. Eu não sei o nome, mas sei descrever. (*descrição física do médico*). E foi ele o único que parou e receitou um medicamento pra dor. (E 02,23 anos, IG 10sem.)

Com relação às informações sobre o procedimento, duas das entrevistadas afirmaram ter recebido de diferentes profissionais.

Quanto ao manejo da dor, nos depoimentos chama a atenção a fala de demora para atendimento à solicitação de medicação e a explicação de profissional de que algumas pessoas sentem outras não para a existência de algum tipo de discriminação.

3.2.2.4 Orientações para o retorno e contracepção pós aborto no momento da alta

Quando perguntadas sobre as orientações recebidas para o retorno ambulatorial e contracepção pós aborto no momento da alta, as mulheres entrevistadas falaram:

[...] me falaram do retorno sim mas não precisaria ser aqui poderia ser no meu ginecologista [...]também relação a contracepção me informaram. Me passaram uma receita né perguntaram pra mim qual o tipo de contraceptivo eu queria né, o que seria melhor. Eu preferi o contraceptivo oral mesmo que a gente usa e ela passou uma receita.[...] (E 01, 34 anos, IG 10sem.)

A psicóloga orientou que continuasse o acompanhamento psicológico até quando eu achasse necessário, não tão assim até quando eu achasse necessário, que eu continuasse pelo menos por um período até, que eu conseguisse estabilizar algumas relações na minha vida que eu deveria voltar pra fazer a revisão, que tinha que fazer todo esse processo depois, agendou direitinho, só que ai tinha a questão do transporte.[...] Tive opções de contraceptivos. (E 02,23 anos, IG 10sem.)

Tô sozinha. Mas mesmo assim ele passou um comprimido. Pra evitar. [...] sim ele me orientou [...] não, me explicou isso ai não, pra fazer revisão não. Revisão não, não me explicou nada não. O que ela me indicou só foi só pra depois eu vim fazer a laqueadura que ela disse que aqui faz. (E 03, 34 anos, IG 10sem.)

As orientações fornecidas por profissionais do serviço, que podem ser articuladas ao seguimento da atenção pós-internação, conforme falas das entrevistadas, foram restritas ao acompanhamento psicológico e retorno para o serviço de planejamento familiar, ambos no próprio serviço de referência, mas não houve garantia da continuidade da atenção com o agendamento do retorno.

3.2.2.5 Percepção de discriminação, julgamento, tentativa da reversão da decisão

Ao serem perguntadas se durante o processo de aborto legal tiveram alguma percepção de discriminação, julgamento ou tentativa da reversão da decisão tomada, de realização do aborto legal, por profissionais do serviço, as mulheres entrevistadas falaram:

[...] não me senti como se eu estivesse sendo julgada né por ninguém aqui né. [...] tentaram realmente me colocar o mais tranquila possível pra tomar a decisão certa se realmente fazendo o procedimento eu não teria nenhum arrependimento depois mesmo sabendo que foi por uma questão de violência, mas existe isso..[...] Eu é que às vezes pensava assim dizia assim pensava assim olha imagine se alguém, sei lá, alguém olha pra mim e fala assim o que será que essa moça ta aqui? Não sei... sabe a gente pensa tanta coisa na hora que no final de tudo vi que era só besteira que passava por minha cabeça. (E 01, 34 anos, IG 10sem.)

[...] As pessoas me mostravam as opções. As pessoas que eu digo aqui a assistente social por alto me mostrou e a psicóloga, primeiro me falou como eu sentia ao fazer isso, como eu sentiria ao não fazer isso. Acho que é uma questão de psicologia mesmo. Ela queria saber como eu reagir, aquela coisa... mas não me influenciou hora nenhuma. Não influenciou a minha decisão hora faça isso hora faça aquilo. Não. [...] Com a minha família não, porque a única pessoa que veio desde

o início foi a minha mãe. Mas se relacionaram muito bem, ela é tranquila. Não. Só o cartão que ela foi em casa e esqueceu de entregar na Recepção, mas o segurança foi super educado “oh, não pode esquecer”... fora isso nada. (E 02, 23 anos, IG 10sem.)

[...] minha irmã que ligou pra mim quando eu tava aqui. Falou pra eu deixar, eu falei não. Não, não posso deixar. Se eu conseguir tirar com fé em Deus eu vou tirar, mas deixar não, não deixo não. Daqui não. Não, ninguém me olhou assim diferente não. Não. (E 03, 34 anos, IG 10sem.)

Não houve relato de tentativa de reversão da decisão por profissionais da unidade em quaisquer das três falas. A Entrevistada 03 indicou tentativa por parte de familiar. Chama a atenção a menção aos profissionais da psicologia e de serviço social.

Ao falar sobre discriminação

[...] se o profissional não lesse a minha ficha eu percebi um pouco de discriminação, entendeu? Quando liam a minha ficha e viam lá aborto legal: procedimento interrupção legal, eu via que tudo bem, vamo. A sensação que eu tive foi essa ainda mais que onde eu tava tinha mais duas pessoas e eu via o quanto os enfermeiros passavam e falavam comigo, o médico que vinha [...] teve e eu percebi isso [...] eu cheguei era umas nove horas da manhã mais ou menos e já tinha duas meninas no quarto desde a noite anterior e quando deu 9 horas da noite [nome do médico] disse vamos fazer a curetagem dela mecanicamente mas já existiam aquelas duas meninas anteriormente a mim entendeu? (E 01, 34 anos, IG 10sem.)

Mesmo de difícil percepção, em decorrência das múltiplas possibilidades de ocorrência em falas, atitudes, comportamentos, adoção ou não de procedimentos, e exigência permanente de observação, a questão da discriminação foi citada na fala da Entrevistada 01, alertando não ser contra ela, mas contra outras mulheres que compartilhavam o mesmo espaço, pelo fato de ter prioridade no atendimento. Revela também a identificação de posturas diferenciadas de profissionais, de acordo com a etiologia do aborto, como melhor atendimento ao aborto legal.

3.2.3 A atenção pós-interrupção da gravidez

Nesse tópico, é possível analisar a existência de uma articulação intersetorial com áreas da segurança pública e da seguridade social, tanto para se efetivar o registro de ocorrência das situações de violência contra as mulheres, que, embora

facultativo, contribuiria para o registro do ato violento, como para a possibilidade de utilização de benefícios oriundos da seguridade social, a exemplo do Bolsa Família.

A Entrevistada 01, na finalização da entrevista, abordou a seguinte questão, por ela considerada importante:

[...] pena que outras pessoas não sabem então de repente isso poderia ser difundido [...] enquanto o governo não faz alguma coisa, que é disseminar isso em outras instituições eu acho que de repente o (*nome do serviço de referência*) poderia difundir isso de alguma forma, entendeu? Assim na delegacia da mulher por exemplo, entendeu? não sei eu acho que deveria ter alguma coisa que pudesse mostrar a sociedade aqui olha se você está passando por tal problema existe este lugar que pode te dar esse apoio (E 01, 34 anos, IG 10sem.)

Essa fala, vinculada à constatação da falta de informação nos meios de comunicação e equipamentos públicos acerca da existência do serviço de aborto legal na cidade do Salvador, indica a necessidade de adoção de medidas no sentido de ampliação do acesso e implementação de instrumentos que viabilizem às mulheres a integralidade da atenção.

Verificamos também, na análise dos resultados, pontos que comprometem a efetividade do princípio da integralidade: nenhuma das mulheres buscou qualquer equipamento público após a ocorrência da violência. Isto significa desproteção, seja porque desconhecem a rede de serviços, temem denunciar ou desconfiam do serviço; a existência de desinformação sobre a lei e sobre o serviço; desarticulação entre os serviços diante do encaminhamento informal e indisponibilidade de transporte inter-hospitalar; avaliação negativa do local de atendimento e prioridade das gestantes, mesmo naturalizando a prioridade do parto.

Embora estivessem no serviço de referência estadual para o aborto legal, sentem – se a parte no local; relatam tratamento grosseiro de profissionais e de dor quando existem formas de seu manejo abrindo possibilidade de questionamento quanto a existência de forma de discriminação; desarticulação com outras políticas e agendamento de retorno não garantido e inexistência de estrutura permanente para realização de exames e mudança de atitude dos profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou compreender a percepção das mulheres submetidas ao aborto legal sobre a atenção recebida em uma maternidade de referência no estado da Bahia que atende esses casos. A hipótese formulada pelo estudo era a de que a integralidade da atenção à saúde das mulheres que buscam o aborto legal é comprometida à medida que, embora existente na legislação em vigor, não se configura no serviço, pela escassez de informação, descontinuidade dos procedimentos e insuficiência de serviços.

Para a sua construção, foi feito levantamento de referencial teórico que consubstanciasse a utilização do Princípio da Integralidade, conforme proposto pelo Movimento de Reforma Sanitária e, posteriormente, absorvido pela legislação que norteia a política pública de saúde brasileira através do Sistema Único de Saúde (SUS), além da discussão dos conceitos de gênero, da violência contra a mulher e da situação do aborto. Foram utilizados documentos oficiais, como leis e portarias, bem como artigos, teses e publicações de autores que discutem a temática.

Esse processo de construção me permitiu compreender que a atenção ao processo de abortamento, inscrita no marco do respeito aos direitos humanos das mulheres e no livre exercício dos seus direitos reprodutivos, ainda enfrenta obstáculos sócio-culturais-religiosos no âmbito das dinâmicas de relações de poder desiguais, perpetradas e reproduzidas por naturalização das diferenças de gênero.

Nesse contexto, a atenção ao abortamento e a implementação de programas de aborto legal encontram resistências em crenças vinculadas às desigualdades de gênero. A gravidez decorrente de violência sexual engloba diversas expressões da questão social e indica a complexidade do enfrentamento do problema. Encontram-se em jogo valores morais, religiosos e éticos, muitas vezes contrastantes, que causam alterações ou ratificam valores tradicionais e se exprimem em dificuldades na atenção às mulheres, nos casos de aborto previstos em lei, constituindo-se em violação dos direitos humanos.

Especificamente no que diz respeito às ações de atenção à saúde das mulheres, esse atendimento rompe com a referência de atenção materno-infantil que norteia as ações programáticas em saúde da mulher em nosso país, mesmo após a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

A incorporação da atenção às mulheres vítimas de violência sexual, com realização de aborto legal para aquelas que engravidarem e decidirem livremente pela realização do procedimento, no rol das ações dos serviços de saúde, se insere na perspectiva de integralidade que tem norteado os esforços para a efetiva implementação do SUS.

A discussão dos achados deste estudo devem ser feitas no bojo da concepção do aborto como um problema relativo aos direitos humanos das mulheres, com garantia de pleno acesso à atenção aos casos previstos em lei, nos serviços de referência, como exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, jovens e adolescentes.

Importante destaque deve ser dado ao movimento feminista, que luta permanentemente para que os direitos das mulheres sejam efetivados e ampliados na medida de suas necessidades, o que tem contribuído para o alargamento das discussões sobre a saúde da mulher na agenda estatal, com a formulação e implementação de políticas públicas para as mulheres.

As informações produzidas pelo estudo junto a mulheres atendidas no serviço de aborto legal existente na cidade de Salvador-Ba me permitiu alcançar os objetivos específicos de identificar as características sociodemográficas dessas mulheres e conhecer sua percepção sobre a atenção recebida antes, durante e após o processo de interrupção da gravidez.

Assim, à luz do princípio da integralidade enquanto preceito legal e princípio doutrinário da política pública de saúde brasileira – que traduz a saúde como direito, baseado na boa prática profissional, no modo de organização das práticas dos serviços de saúde e nas respostas governamentais quanto a problemas específicos mediante formulação de políticas governamentais com participação dos atores sociais envolvidos na produção do cuidado –, buscou-se compreender a perspectiva das mulheres submetidas ao aborto legal sobre a atenção recebida, tomando como eixo de análise esse princípio.

O desenvolvimento da pesquisa me permitiu verificar, a partir do relato das mulheres entrevistadas, o quão ainda é precária a divulgação do serviço na

comunidade, com problemas de encaminhamento e facilitação do acesso ao serviço, o que fere o princípio da integralidade.

Enquanto resultados da pesquisa, nas falas das mulheres entrevistadas, pode-se constatar a percepção de que há seguimento do protocolo assistencial, acolhimento adequado e orientação, tendo sido citados de forma positiva a agilidade no atendimento, o respeito, a garantia de privacidade, a percepção de não discriminação, ausência de tentativa de reversão da decisão pelo aborto, o estímulo à presença de acompanhante, realização do procedimento em curto espaço de tempo, atuação da equipe multiprofissional, e a informação sobre o procedimento e o sigilo, aspectos que informam obediência ao princípio da integralidade na atenção recebida no serviço de aborto legal.

No que tange à boa prática dos profissionais, os relatos apontam para uma percepção positiva das mulheres. Também quanto à continuidade da atenção pós-abortamento, as falas das mulheres informam que receberam orientação para retorno de parte dos profissionais, orientação sobre planejamento familiar e contracepção pós-abortamento.

A avaliação da atenção recebida é, sobretudo positiva quando comparada à expectativa inicial das mulheres entrevistadas de possibilidade de discriminação e dificuldades de atendimento a demanda por ser realizado o aborto legal num serviço de saúde do SUS.

Vale ressaltar, nas falas das mulheres, alguns pontos que indicam aspectos pouco contemplados no atendimento, do ponto de vista da integralidade da atenção, tais como: falta de estrutura específica para o acolhimento dessas mulheres; inexistência de estrutura permanente para realização de exames; e mudança de atitude de profissionais durante o processo. Do mesmo modo, na atenção pós-interrupção da gravidez, as falas não indicam ter existido os encaminhamentos devidos, como agendamento de retorno, nem articulação com outros equipamentos de política pública, comprometendo a integralidade da atenção.

Portanto, em que pese a integralidade da atenção à saúde das mulheres que buscam o aborto legal ser alcançada parcialmente, ela fica comprometida, dados os limites apontados no serviço.

Consideramos importante apontar nos resultados que este estudo revela, a partir das falas das mulheres que receberam a atenção no serviço de referência para o aborto legal no estado da Bahia, que eles contribuem para a visibilidade dos

problemas relacionados a efetividade das políticas públicas no tocante ao direito das mulheres na atenção integral à sua saúde sexual e reprodutiva e a urgência da real incorporação na agenda do estado da demanda específica das questões relativas ao seu atendimento.

É importante, portanto, que as instituições gestoras, tanto em âmbito estadual como local, implementem medidas de melhoria da atenção no serviço, relativas à infraestrutura, à capacitação dos profissionais e à integração interinstitucional com os demais pontos da rede de atenção às mulheres em situação de violência, diante inclusive da sua importância enquanto hospital escola e fonte de formação de profissionais de saúde de diversas categorias.. Em um estado de grande dimensão, como a Bahia, é também crucial que novos serviços de referência sejam implantados.

Desejamos que esta pesquisa possa contribuir com melhoria da atenção às mulheres em situação de violência sexual, que demandam o aborto legal no estado da Bahia, a partir da análise e adoção de medidas que apontem para a resolução dos problemas indicados nas falas das entrevistadas, bem como gerar outros estudos que dêem voz às mulheres.

REFERÊNCIAS

- ACÚRSIO, Francisco de Assis. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa MultiplicaSUS**: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007, p.23-40. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0374_M.pdf>. Acesso em: 5 maio 2012.
- AQUINO, E. M. L.; MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Promoção da Saúde**, Brasília, ano 3, n.6, p. 31-36, out. 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23\(3\)079.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)079.pdf)>. Acesso em: 28 de jul. 2014.
- AQUINO, Estela M. L. et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n.7, Rio de Janeiro, July, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 15 ago. 2014.
- ARAÚJO, Maria José de Oliveira. Aborto Legal no Hospital de Jabaquara. **Revista Estudos Feministas**, Ano I. nº 2. 2º semestre de 1993. Disponível em: <<http://www.ieg.ufsc.br/admin/downloads/artigos/08112009-055031araujo.pdf>>. Acesso em: 15 de janeiro de. 2014.
- ARAÚJO, Miryam Moreira M. de. Abortamento previsto em lei e políticas públicas: uma questão de direitos humanos. **XV Encontro de Ciências Sociais do Norte e Nordeste**. UFPI: Teresina-PI, 2012. Disponível em: <<http://www.sinteseeventos.com.br/ciso/anaisxvciso/resumos/GT06-07.pdf>>. Acesso em: 16 abril 2013.
- AREND, Silvia Maria F. Imprensa, aborto e infância no Brasil (1995-2009): A perspectiva da revista Veja. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 9 - Anais**. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. UFSC. Anais. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1281360058_ARQUIVO_silviaarend.pdf>. Acesso em: abril 2013.
- BAHIA, Ligia, COSTA Ana Maria, CONTE, Danielle. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 31, n. 75/76/77, p.13-24. Rio de Janeiro, jan./dez. 2007. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n75.pdf>. Acesso em: 23 maio 2014.
- BAHIA. SESAB. IPERBA. Registros estatísticos do Serviço Social. Salvador, 2014.
- BEDONE, Aloisio José; FAÚNDES, Anibal. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):465-469.

Universidade Estadual de Campinas, Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, fev. 2007.

BEHRING, Elaine R.; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-Lei N.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal Brasileiro**. Brasília-DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm>. Acesso em: abril 2013.

BRASIL. Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941. **Lei das Contravenções Penais**. Rio de Janeiro-RJ, 1941. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3688.htm>. Acesso em: abril 2013.

BRASIL. Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943. **Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho**. Rio de Janeiro-RJ, 1943. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm>. Acesso em: abril 2013.

BRASIL. Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília-DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm>. Acesso em: abril 2013.

BRASIL. Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Brasília-DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: abril 2013.

BRASIL. Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.340. Lei Maria da Penha, de 7 de agosto de 2006. **Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher [...]**. Brasília-DF, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: abril 2013.

BRASIL. Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Brasília-DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: abril 2013.

BRASIL. Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: abril 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 291p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS). Disponível em: <http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_1.pdf>. Acesso em: abril 2013.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10.01.2002. **Código Civil Brasileiro**. DOU, de 11.01.2002. Brasília-DF. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/11/2002/10406.htm>>. Acesso em: abril 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3. ed. atual. e ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 124p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n.6).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 36p. color. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno n.4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher**. Plano de ação 2004-2007. Brasília-DF, 2004. 48p. (Série C. Projetos, Programas e relatórios). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf>. Acesso em: abril 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Aborto e saúde pública no Brasil**: 20 anos. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Brasília: MS, 2009. 428p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf>. Acesso em: abril 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: abril 2013.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. 1ª imp. Brasília-DF, nov., 2013. 170p. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2014/01/RASEAM_interativo.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2014.

BRASIL. Senado. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF. Senado. 1998. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/con1988_05.10.1988/con1988.pdf>. Acesso em: abril 2013.

BRASIL. STF. Acórdão. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, 54. Brasília-DF. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>>. Acesso em: abril 2013.

BRASIL. Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão. 9. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2011]. 60 páginas.

BRAVO, Maria Ines. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana E. et al. (Orgs.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: ABEPSS/OPAS/OMS: MS, 2006.

BURSZTYN, Ivani; TURA, Luiz F. R.; CORREA, Jéssica da Silva. Acesso ao aborto seguro: um fator para a promoção da equidade em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [2]: 475-487, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000200013&script=sci_arttext>. Acesso em: abril 2012.

BUZANELLO, José Carlos. Objeção de consciência: uma questão constitucional. *Revista de Informação Legislativa*. Brasília a. 38 n. 152 out./dez. 2001. Disponível em <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/730/r152-13.pdf?sequence=4>. Acesso em: dez. 2014

CASTRO, Mary Garcia. Gênero e poder: leituras transculturais – quando o sertão é mar, mas o olhar estranha, encalha em recifes. **Cadernos Pagu**. Campinas, n.16, Campinas, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a04.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2014.

CASTRO, Mary Garcia. O conceito de gênero e as análises sobre mulher e trabalho: notas sobre impasses teóricos. **Cad. CRH**, Salvador, (17): 80-105. Salvador, 1992. Disponível em: <<http://www.cadernocrh.ufba.br/include/getdoc.php?id=1282&article=358&mode=pdf>>. Acesso em: abril 2013.

CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR (CDD). **Panorama do Aborto Legal no Brasil**. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.catolicas.org.br/uploads/publicacoes/125_folder-panorama-aborto-legal.pdf>. Acesso em: abril 2013.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção à Saúde. In: PINHEIRO, Roseni Pinheiro; e MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p.

CERQUEIRA, Daniel; COELHO, Danilo de Santa Cruz. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde**. Nota Técnica nº 11. Versão preliminar. IPEA. Brasília-DF, 2014.

CFESS. **CFESS Manifesta**: Pela descriminalização e legalização do aborto. Brasília-DF, 2009. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/descriminalizacaodoaborto.pdf>>. Acesso em: abril 2013.

CFESS. Moção de apoio ao manifesto contra a criminalização das mulheres que praticam aborto. **Encontro nacional CFESS/CRESS**. Campo Grande Grande-MS, 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/MOCAO-descriminalizacao_do_aborto.pdf>. Acesso em: abril 2013.

CFESS. Resolução 273 de 13 março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional do/a Assistente Social e dá outras providências. Brasília – DF. Cidade Gráfica e Editora Ltda. 2011.

CFESS. **CFESS Manifesta**: Dia Latino-americano e Caribenho de luta pela Descriminalização e Legalização do Aborto. Brasília-DF, 2011. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2011_legalizacao_abortoFINAL.pdf. Acesso em: Set 2014.

CFESS. Posicionamento do Conselho Federal de Psicologia sobre o Aborto. Brasília-DF. 2012. Disponível em <http://site.cfp.org.br/posicionamento-do-conselho-federal-de-psicologia-sobre-o-aborto/>

CFESS. Notícia CFP realiza debate sobre a interrupção voluntária da gravidez. Brasília–DF. 2014 Disponível em <http://site.cfp.org.br/cfp-realiza-debate-sobre-a-interrupcao-voluntaria-da-gravidez/> .

CFP. Resolução CFP Nº 010/05 Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília – DF. 2005. Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Co%CC%81digo-de-%C3%89tica.pdf>. Acesso em Out 2014

CFP. Parecer favorável do Conselho Federal de Psicologia (CFP) sobre o Projeto de Lei da Câmara dos Deputados 003/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília – DF. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Parecer-CFP-PLC-003-2013.pdf>>. Acesso em: Set. 2014.

CONILL, Eleonor Minho. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1417-1423. Rio de Janeiro, set-out, 2004.

CONSELHOS de Medicina se posicionam a favor da autonomia da mulher em caso de interrupção da gestação, 21 de março de 2013. PORTAL CFM - Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23661%3Aconselhos-de-medicina-se-posicionam-a-favor-da-autonomia-da-mulher-em-caso-de-interrupcao-da-gestacao&catid=3%3Aportal&Itemid=58>. Acesso em: abril 2013.

COREN. Resolução 311 de 08 de fevereiro de 2007. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2402000-revogada-pela-resoluo-cofen-3112007_4280.html>. Acesso em: set. 2014.

COSTA, Ana Maria. **Atenção Integral à Saúde das Mulheres: QUO VADIS?** Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil. Tese. UNB. Brasília-DF, 2004.

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Aug. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 4set. 2014.

COSTA, Carolina R.; SIMIONATTO, Ivete. Estado, luta de classes e política social. In: BERGUE, Sandor T.; OLIVEIRA, Mara de (Orgs). Políticas públicas [recurso eletrônico]: definições, interlocuções e experiências. Caxias do Sul-RS: Educs, 2012. 222p. Disponível em: <http://www.ucs.br/site/midia/arquivos/POLITICAS_PUBLICAS_EDUCS_EBOOK_2.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2014.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTTA, Ana Elizabeth (Org). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CRUZ, José de Ávila. Direito Penal Romano e Canônico. s.d. Disponível em: <http://www.oabsp.org.br/comissoes2010/resgate-memoria/artigos/direito_canonico.pdf/download>. Acesso em: abril 2013.

CURVELLO, Camilla F. Amorim; VASCONCELOS, Luiz Carlos Fadel de. **Integralidade nas relações saúde-trabalho** – a doutrina desprezada. Monografia. Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

DIGIOVANNI, Rosângela. Entre mulheres: considerações sobre o aborto, religião e projetos de vida. **Seminário Fazendo Gênero, 8** - Corpo, Violência e Poder. ST 23 – O aborto legal e seguro é possível em um país religioso? UFSC, 2008. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST23/Rosangela_Digiovanni_23.pdf>. Acesso em: abril 2013.

DINIZ, Debora. **Aborto e saúde pública: 20 anos de pesquisas no Brasil**. Brasília: UnB; Rio de Janeiro: UERJ, 2008. 313p. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/ext/especiais/2008/04/pesquisa_aborto.pdf>. Acesso em: 23 abril 2013.

DINIZ, Debora. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, 2011;45(5):981-5, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/2721.pdf>>. Acesso em: abril 2013.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência e Saúde Coletiva**. 15 (Supl.), 2010, p.959-966. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15s1/002>>. Acesso em: abril 2013.

EL NUEVO HERALD. Uruguay: Diputados aprueban ley de aborto. 26/09/2012. Disponível em: <<http://www.elnuevoherald.com/2012/09/26/1308488/uruguay-a-un-paso-de-legalizar.html>>. Acesso em: abril 2013.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R. do; EDLER, Flavio C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nisia T. et al. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p.59-81.

FAÚNDES, A.; BEDONE, A.; PINTO E SILVA, J. L. I Fórum Interprofissional para Implementação do Atendimento ao Aborto Previsto na Lei - Relatório Final. **Femina**, 25(1):69-78, 1997; *Revista do Centro de Referência*, 2(3): 19-23, 1998.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

GOULART, Michel. Uma breve história do aborto. *Históriadigital*. Disponível em <http://www.historiadigital.org/artigos/uma-breve-historia-do-aborto/>. Acesso em: março de 2013.

GROSSI, Patricia K.; TAVARES, Fabrício André; OLIVEIRA, Simone B. A rede de proteção à mulher em situação de violência. **Revista Athenea Digital**, nº 14. 267-280. Disponível em: <<http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/538>>. Acesso em: 11 jul. 2012.

LEOCÁDIO, Elcylene Maria de A. Aborto pós-estupro: uma trama (dês)conhecida entre o direito e a política de assistência à saúde da mulher. Dissertação. UNB. Brasília-DF, 2006.

LIMA, Júlio César F.; PEREIRA, Isabel Brasil (Orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

LIMA, Marina Torres C. Aborto e legalização: uma necessária reflexão sobre o árduo caminho até a garantia da dignidade sexual e reprodutiva da mulher. *Jus Navigandi – artigos*. Teresina, ano 18, n.3522, 21 fev. 2013. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/23776>>. Acesso em: jun. 2013.

LUBISCO, Nídia Maria Lienert. **Manual de estilo acadêmico**: trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses. 5. ed. Salvador: EDUFBA, 2013. 145 p.; il.

MCCALLUM, Cecilia; REIS, Ana Paula dos. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 7. Rio de Janeiro, July, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000700012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2013.

MCCALLUM, C.; REIS, A. P. dos; MENEZES, G. Práticas e concepções sobre o aborto em uma maternidade pública de Salvador-Bahia. **30º Encontro Anual da ANPOCS**, outubro, 2006.

MASTRELLA, Miryam. Pesquisa da Anis sobre os serviços de aborto legal [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <terracity@hotmail.com> em 22 maio 2014 às 15:15:50.

MATTOS, Ruben Araújo de; Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, R.A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**, v. 6, p. 39-64, 2001. Disponível em: <http://www.uefs.br/pepscentroleste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf>. Acesso em: abril 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Cad. Saúde Pública**, v.2, n.4, Rio de Janeiro, Dec. 1986. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000400012>. Acesso em: abril 2013.

MENEGHEL, Stela Nazareth; VIAL, Sandra Regina Martini. Rotas críticas: mulheres enfrentando as violências. Relatório do Seminário Internacional. **Athenea Digital** - n.14: 199-213. Disponível em: <<http://atheneadigital.net/article/view/533/439>>. Acesso em: abril 2013.

MENEZES, Greice; AQUINO, Estela M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup. 2: S193-S204, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.132p. (Coleção Temas em saúde).

MINAYO. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008, 407p.

MIOTO, Regina C. Tamasso; NOGUEIRA, Vera M. Ribeiro. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS. Cortez, 2006.

MIRANDA, C. M. Os movimentos feministas e a construção de espaços institucionais para a garantia dos direitos das mulheres no Brasil. NIEM/UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/os%20movimentos%feminismtas_cyntia.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2014.

MIRANDA, Helena et al. As mulheres e a autonomia sobre os seus corpos: discussões acerca do aborto e dos direitos sexuais e reprodutivos. **Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades - Anais**. Salvador: UNEB, 2011. Disponível em: <<http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2012/04/As-mulheres-e-a->

autonomia-sobre-os-seus-corpos-discussoes-acerca-do-aborto-e-dos-direitos-sexuais-e-reprodutivos.pdf>. Acesso em: abril 2013.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3. São Paulo, June, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300007&lng=en &nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2013.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré; BESSA JORGE, Maria Salete. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol.8, n.2, mayo-agosto, 2007, p.93-100. UFCE. Brasil. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027958012>>. Acesso em: abril 2013.

PACHECO, Eliana Descovi. **O aborto e sua evolução histórica**: aspectos mais relevantes do aborto ao longo de sua evolução histórica, trazendo noções básicas de períodos distintos, desde o início das civilizações até a atualidade. DireitoNet. Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/3764/O-aborto-e-sua-evolucao-historica>>. Acesso em: 31 mar. 2013.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. BIS, Bol. Inst. Saúde São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.iesc.ufrj.br/cursos/saudepopnegra/recomendacaoLuisEduardo.pdf#page=6>>. Acesso em: 25 ago. 2012.

PÉREZ, Bárbara Angélica G. et al. Aborto provocado: representações sociais de mulheres. *Rev. Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro, 2013 dez; 21(esp.2):736-42. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a07.pdf>. Acesso em setembro 2014.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro, R., Mattos, R. A.(Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2006.

PORTAL BRASIL. STF aprova interrupção da gravidez em casos de fetos anencéfalos. Publicado em 13/048/2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2012/04/stf-aprova-interruptao-da-gravidez-em-casos-de-fetos-anencefalos>>. Acesso em: abril 2013.

ROCHA, Maria Isabel Baltar da. A questão do aborto no Brasil: o debate no Congresso. **Estudos Feministas** nº 02/96. p.381/398. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/16809/15400>. Acesso em: 21 abril 2013.

SAFFIOTI, Heleieth I. B., **Genero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. (Coleção Brasil Urgente).

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *Physis* [online]: **Revista de Saúde Coletiva**. 2007, vol.17, n.1, p.29-41. ISSN 0103-7331. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>>. Acesso em: 21 abril 2013.

SILVEIRA, Raquel da Silva et al. Violências contra as mulheres e a Lei Maria da Penha: problematizações sobre as articulações entre gênero e Raça. **Seminário Internacional Fazendo Gênero, 9 - Anais**. UFSC. 2010. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278115895_ARQUIVO_raquel_da_silva_silveira_modelo_fazendo_genero.pdf>. Acesso em: abril 2013.

SIMONETTI, C; Souza, L; Araújo, M. J. O. **Dossiê A Realidade do Aborto Inseguro na Bahia**: a ilegalidade da Prática e os seus Efeitos na Saúde das Mulheres em Salvador e Feira de Santana. IMAIS / IPAS. 2008

SOARES, Gilberta S.; GALLI, Maria Beatriz; VIANA, Ana Paula de A. L. Advocacy para o acesso ao aborto legal e seguro: semelhanças no impacto da ilegalidade na saúde das mulheres e nos serviços de saúde em Pernambuco, Bahia, Paraíba, Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro. Recife: Grupo Curumim, 2010. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/noticias/agencia/pdfs/advocacy.pdf>>. Acesso em: abril 2013.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, ano 8, nº16, Porto Alegre, jul/dez 2006, p.20-45. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>>. Acesso em: abril 2013.

TALIB, Rosângela A. e CITELI, Maria Teresa. **Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004) Dossiê**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2005. Disponível em: <http://www.catolicas.org.br/uploads/atividades/dossie_aborto_legal-rvf.pdf>. Acesso em: abril 2013.

THOMÉ et al. Satisfação de Usuárias de Serviços de Aborto Legal em Três Municípios do Nordeste. XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais. ABEP. Caxambú- MG. 2006. Disponível em http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_703.pdf

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. **Saúde, trabalho e desenvolvimento Sustentável: apontamentos para uma política de Estado**. Tese. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: s.n., 2007. xviii, 421p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Tese_desenvolvimento_sustentavel.pdf>. Acesso em: abril 2013.

VILLELA, Wilza V. e LAGO, Tânia. **Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual**. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.2, pp. 471-475. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/25.pdf>. Acesso em: agosto 2014.

ZORDO, Silvia De. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.7, p. 1745-1754. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n7/13.pdf>>. Acesso em: abril 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - CARTA CONVITE PARA AS MULHERES QUE FORAM SUBMETIDAS A ABORTO LEGAL

Prezada Sra.

Estamos desenvolvendo uma pesquisa que tem como objetivo saber a opinião e as percepções das mulheres atendidas no Iperba para realização de interrupção da gravidez dentro dos casos previstos na lei.

Este projeto está sendo desenvolvido pela mestranda Ana Maria de Oliveira Silva, sob orientação da Profa. Dra. Mary Garcia Castro. Desse modo, convidamos você a participar deste estudo como um dos sujeitos.

Gostaríamos de fazer algumas perguntas e este processo deve durar uma hora ou mais um pouco. Nós perguntaremos o que você achou dos serviços oferecidos para as mulheres no hospital e também em outras unidades de saúde que você buscou. Gostaríamos de pedir a você para descrever as suas experiências em relação aos cuidados com sua saúde, o que você achou do atendimento que recebeu.

É importante que você saiba que tudo que você falar será confidencial, ou seja, ninguém, exceto a pessoa que lhe entrevista e outros na Universidade, saberão sobre o que você disse, e ninguém será capaz de identificar você quando finalizarmos o nosso relatório sobre esta pesquisa. Suas respostas serão mantidas em absoluto segredo e os riscos, constrangimentos e desconfortos durante a coleta dos dados serão evitados, levando em consideração os benefícios da pesquisa.

Para nós é muito importante que possamos compreender mais a opinião das mulheres que utilizam os serviços de saúde a respeito de suas próprias vidas, suas necessidades de saúde e a avaliação da atenção recebida nesses serviços. Por esse motivo é que estamos solicitando a sua ajuda. O que você e outras mulheres disserem será utilizado para elaborar relatórios que podem ser lidos pelas autoridades, pessoas que fazem leis, ou aquelas que planejam serviços especiais para atenção às mulheres. Esses relatórios também podem vir a ser utilizados nas universidades para que os estudantes aprendam sobre as experiências reais e as opiniões de pessoas

como você, e serão divulgados através de artigos para publicação, apresentação em congressos nacionais e internacionais.

Não podemos lhe oferecer qualquer pagamento por você responder às perguntas.

É possível ainda que você ache desconfortável responder as nossas perguntas. Por isso, sinta-se à vontade para não respondê-las ou desistir de ser entrevistada. Em qualquer momento você também pode desistir de participar, sem que isso cause nenhum problema para nós. Caso você deseje explicações mais detalhadas ou mais informações, teremos prazer em responder suas perguntas.

As informações fornecidas serão guardadas por nós durante cinco anos na Universidade Católica do Salvador-Ba e estarão a sua disposição sempre que desejar. Afirmamos que quaisquer informações referentes à metodologia e ao andamento da pesquisa lhe serão fornecidas a qualquer momento, caso sejam solicitadas. Dessa forma, tornamos claro o quanto é importante para nós a sua participação e, caso aceite participar, solicitamos que registre a sua concordância assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, que segue em duas vias, das quais uma fica com você e outra com a pesquisadora.

Antecipadamente agradeço,

Ana Maria

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadora: Ana Maria de Oliveira Silva

Orientadora: Prof^a. Dra. Mary Garcia Castro

_____, _____ de _____ de 2013

Eu _____ após ter recebido esclarecimentos a respeito do projeto de pesquisa intitulado: INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE: A PERCEPÇÃO DE MULHERES EM UM SERVIÇO DE ABORTO LEGAL, a ser desenvolvida pela pesquisadora Ana Maria de Oliveira Silva, sob a orientação da Dra. Mary Garcia Castro, da Universidade Católica do Salvador, com o objetivo de analisar a opinião e as percepções das mulheres atendidas no Iperba, para realização de interrupção da gravidez dentro dos casos previstos em lei, declaro que aceito participar deste estudo e que tenho o direito de, a qualquer momento, desistir de minha participação, sem quaisquer prejuízos.

Autorizo que as informações oferecidas por mim sejam utilizadas para fins científicos e publicação dos resultados da pesquisa, desde que, seja respeitado o direito ao meu anonimato e privacidade, através do sigilo quanto às informações confidenciais.

Para dúvidas e esclarecimentos, pode-se manter contato com a pesquisadora através do endereço, E-mail e/ou telefone: UCSAL - Av. Cardeal da Silva, Federação, Salvador/BA; terracity@ibest.com.br; Tel (71) 99870743.

APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1ª Parte - Caracterização da mulher

1 - Idade:

() de 18 a 21 anos () de 22 a 25 anos () de 26 a 29 anos () de 30 a 35 anos

() de 36 a 40 anos () acima de 40 anos

2 - Escolaridade:

() Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto

() Médio completo () Superior incompleto () Superior completo

() Não alfabetizado

3 - Escolaridade da mãe:

() Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto

() Médio completo () Superior incompleto () Superior completo

() Não alfabetizado

4 - Religião de origem:

() Católica () Evangélica () Espírita () Matriz Africana

5 - Religião atual:

() Católica () Evangélica () Espírita () Matriz Africana

6 - Raça / cor:

() Preta () Parda () Branca () Indígena () Amarela

7 - Situação conjugal:

() solteira () casada () divorciada () união estável

8 - Local de nascimento:

9 - Local de residência:

Se diferentes, quanto tempo mora no local atual:

10 - Procedência:**11 - Renda familiar:**

() Menor que 01 SM () 01 SM () De 01 a 03 SM

() De 03 a 05 SM () Mais que 05 SM

12 - História reprodutiva:

() N° Gestações () N° Parto () N° Aborto

2ª Parte – Contexto da gravidez:

1. Evento e agressor
2. Como foi a confirmação da gravidez e do problema?
3. Houve publicização?
4. Qual a reação parceiro (se houver), da família e da rede social?
5. Circunstância da interrupção (idade gestacional, processo decisional, participação do parceiro, se houver, e família)

3ª Parte - Atendimento até chegar ao serviço:

- 1 - Como tomou conhecimento do serviço? Já conhecia; quem indicou, expectativas.
- 2 - Caso tenha sido necessário, quantos e quais foram os serviços procurados antes de ser atendida na unidade? Detalhar cada um e caracterizar o atendimento (quem atendeu, o que realizou, dificuldades).
- 3 - Quem a acompanhou em cada um (família/ profissionais).
- 4 - Encaminhamento até o IPERBA.

4ª Parte - Atendimento no serviço:

- 1 - Descrever o atendimento.

A) Nos setores desde a chegada até a alta (recepção; serviço social, psicologia, admissão, pré-parto, enfermaria)

Quais dificuldades ou facilidades encontrou para o atendimento.

B) Pelos profissionais

- O acolhimento (dimensões biológica, psicológica e social).

- Recebimento de informações sobre procedimentos.
- Manejo da dor.
- Alta (continuidade da atenção): Orientações (alertas clínicos para retorno), Agendamento de revisão e Contracepção pós-aborto – profilaxia.
- Percepção de discriminação, julgamento, tentativa da reversão da decisão.
- Relação destes com a família.

C) Articulação intersetorial - Encaminhamento para outros serviços:

D) Fala livre: o que mais gostaria de dizer sobre o atendimento que lhe chamou a atenção (local, pessoas, forma em que foi tratada).

ANEXOS

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde de Estado da Bahia
Instituto de Perinatologia da Bahia - IPERBA
Coordenação de Ensino e Pesquisa



AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Título: Integralidade da atenção à saúde: a percepção de mulheres em um serviço de aborto legal

Pesquisador responsável: Ana Maria de Oliveira Silva

Instituição: Universidade Católica do Salvador – UCSal

Objetivos:

- Compreender a perspectiva das mulheres sobre a atenção recebida, tomando como eixo de análise – o princípio da integralidade da atenção
- Mapear as mulheres que foram submetidas ao aborto legal segundo algumas dimensões sócio-demográficas;
- Analisar em que medida as falas das mulheres permitem avaliar a integralidade da atenção recebida

Relevância:

Tema pouco explorado na literatura, considerando os vinte anos da implantação do 1º serviço, no Hospital de Jabaquara – SP; não haver estudo identificado sobre a questão na unidade; a ideia de integralidade na atenção à saúde no Brasil ser defendida como um dos eixos de organização do movimento sanitário brasileiro e debate expressivo dos movimentos de mulheres e feministas no sentido de ampliação dos direitos das mulheres e a atenção nos serviços de saúde, o que associa a questão da integralidade enquanto princípio e pilar do SUS.

Benefícios:

Colaborar com a produção de conhecimento sobre: deveres ético-profissionais e institucionais; qualidade da atenção à mulheres que se submetem ao aborto legal; e o processo de implementação de políticas públicas, segundo os parâmetros legais vigentes no Brasil.

Riscos:

Não obtenção do número de sujeitos da pesquisa, recusa na participação. Outros possíveis riscos podem ser minimizados em relação aos benefícios da pesquisa.

Parecer Coordenação de Ensino e Pesquisa

22/08/03
Dr. G. G. G. G.

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO CEP

SECRETARIA DA SAÚDE DO
ESTADO DA BAHIA - SESAB

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Pesquisa 207603 em preenchimento
Pesquisador: Ara Maria de Oliveira Siva
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 20760313.9.0000.0052
Instituição Proponente: Universidade Católica do Salvador
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 573.811
Data da Relatoria: 27/12/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa desenvolvida com mulheres, maiores de dezoito anos, atendidas no Instituto de Perinatologia da Bahia - IPERBA, hospital escola localizado no município de Salvador - Ba, vinculado a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB, para realização de interrupção da gravidez dentro dos casos previstos na lei (aborto legal), que permaneçam de três a cinco dias de internamento e aceitem participar do estudo, confirmando sua concordância mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O objetivo é analisar a opinião e as percepções das mulheres quanto a atenção recebida através de aplicação de entrevista semi-estrutura, com o roteiro previamente organizado e levantamento em prontuários do perfil sociodemográfico das mulheres atendidas nesse serviço. O número de entrevistadas será definido pelo critério da saturação das informações. Ou seja, até o momento que as informações começarem a se repetir. Se espera com os resultados mapear informações sobre mulheres atendidas na unidade de estudo, a fim de ter um quadro geral sobre estas e analisar nas falas das mulheres em que medida percebem a integralidade da atenção recebida.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a percepção de mulheres que foram submetidas ao aborto legal em face do princípio de

Endereço: R. Conselheiro Pedro Luiz, 171
Bairro: Rio Vermelho **CEP:** 41.950-610
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3334-1888 **Fax:** (71)3116-5333 **E-mail:** sesab.cep@saude.ba.gov.br

SECRETARIA DA SAÚDE DO
ESTADO DA BAHIA - SESAB



Continuação do Parecer: 573.811

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da SESAB após apreciação quanto à dimensão ética do Projeto "Integralidade da atenção à saúde: percepção de mulheres em um serviço de aborto legal" considera que foram solucionadas as pendências e que as modificações apresentadas contemplam as inadequações apontadas pelos conselheiros, especialmente no que refere aos aspectos metodológicos do estudo. Deve-se ressaltar ainda o compromisso e responsabilidade dos pesquisadores envolvidos. Assim, este projeto de pesquisa contempla todos os aspectos exigidos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

SALVADOR, 28 de Março de 2014

Assinador por:
CARLOS ALBERTO LIMA DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: R. Conselheiro Pedro Lutz, 171
 Bairro: Rio Vermelho CEP: 41.950-610
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3334-1888 Fax: (71)3116-5333 E-mail: sesab.cep@saude.ba.gov.br

**ANEXO C – HOSPITAIS E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM ATENDIMENTO
PARA MULHERES E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
SEXUAL – BRASIL (RECORTE)**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS
ÁREA TÉCNICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER**

**HOSPITAIS E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM ATENDIMENTO PARA MULHERES E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
SEXUAL - BRASIL - 2009**

Informações prestadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde em resposta ao Ofício ATSM/DAPES/SAS/MS nº 77/2008
consolidadas em abril/2009 pela ATSM/DAPES/SAS/MS

ACRE							
1	AC	2000733	Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliodora	Bairro: Centro Nº:811	69 908 650	Rio Branco	(68) 3224 1290
2		2000296	Hospital Geral de Cruzeiro do Sul	Bairro: Centro. Rua Lauro Muller. Nº 351	69 980 000	Cruzeiro do Sul	(68) 3322 2364
3		5336171	Hospital Regional do Juruá	Bairro: Aeroporto Velho Av. 25 de Agosto. Nº5121	69 980 000	Cruzeiro do Sul	(68) 3322 5516
ALAGOAS							
4	AL	2009250	Maternidade Escola Santa Mônica	AV. COMENDADOR LEAO, S/N Bairro Poço	57025200	Maceió	(55) 3327-0201/3327-5574
AMAZONAS							
5	AM	2012480	Maternidade Municipal Dr. Moura Tapajós	Av. Brasil, 2971 – Compensa I	69036-110	Manaus	3216-8767
6		2018403	Hospital Universitário Francisca Mendes	Rua Camapuá, 108 – Cidade Nova I	69097-720	Manaus	3216-8158 (fax) 2123-2999
AMAPÁ							
7	AP	2020068	SES AP HOSPITAL DA MULHER	AVN FAB, 0081 BAIRRO CFNTR0	68900110	Macapá	(96) 2126151
8		2019647	SES AP HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	AVN FAB, 80 BAIRRO CENTRO	68900110	Macapá	(96) 2126206
BAHIA							
9	BA	0003794	IPERBA	Rua Teixeira de Barros, nº 72 - Brotas	40.275-401	Salvador	(71) 3116-5215/5216/ 5210/5151 (71) 3116-5217 (fax)
CEARÁ							
10	CE	2723212	Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana	Av. Washington Soares, 7770 Messejana	60811-340	Fortaleza	(85)31051590 (85)31051598 (85) 31051597 (85)31054353 (Fax)
11		2529068	Hospital Distrital Gonzaga Mota do	Av. D, 440 2ª Etapa Conjunto	60750-030	Fortaleza	(85)34529374

ANEXO D - SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA PARA MULHERES E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL – BRASIL (RECORTE)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS
ÁREA TÉCNICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA PARA MULHERES E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL - BRASIL

Informações prestadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde em resposta ao Ofício ATSM/DAPES/SAS/MS nº 77/2008

consolidadas em abril/2009 pela ATSM/DAPES/SAS/MS

Nº	UF	CNES	Nome	Endereço	CEP	Cidade	Telefones
ACRE							
1	AC	2000733	Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliodora	Bairro: Centro Nº:811	69908 650	Rio Branco	(68) 3224 1290
ALAGOAS							
2	AL	2009250	Maternidade Escola Santa Mônica	AV. COMENDADOR LEAO, S/N, Bairro POÇO	57025200	Maceió	
AMAZONAS							
3	AM	2012480	Maternidade Municipal Dr. Moura Tapajós	Av. Brasil, 2971 – Compensa I	69036-110	Manaus	3216-8767 3216-8158 (fax)
4		2018403	Hospital Universitário Francisca Mendes	Rua Camapuã, 108 – Cidade Nova I	69097-720	Manaus	2123-2999
AMAPÁ							
5	AP	2020068	SES AP HOSPITAL DA MULHER	AV. N FAB, 0081 BAIRRO CENTRO	68900110	Macapá	(96) 2126151
BAHIA							
6	BA	3794	IPERBA	Rua Teixeira de Barros, nº 72 Brotas	40.275-401	Salvador	(71) 3116-5215/ 5216/ 5210/5151