

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO
SERVIÇO SOCIAL

ARIENE OLIVEIRA LOPES

TERESA MARIA BEZERRA

Aborto: Um direito a ser discutido pela sociedade civil e garantido pelo Estado.

São Paulo

2009

ARIENE OLIVEIRA LOPES

TERESA MARIA BEZERRA

Aborto: Um direito a ser discutido pela sociedade civil e garantido pelo Estado.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado para a obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social do Curso de
Serviço Social da Universidade de Santo
Amaro, sob orientação da Prof^a Dr^a Sônia
Maria de Almeida Figueira.

São Paulo

2009

ARIENE OLIVEIRA LOPES

TERESA MARIA BEZERRA

Aborto: Um direito a ser discutido pela sociedade civil e garantido pelo Estado.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social do Curso de Serviço Social da Universidade de Santo Amaro.

Data de Aprovação ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Sônia Maria de Almeida Figueira
Orientadora

Profª Drª Roseli Albuquerque
Leitora

CONCEITO FINAL: _____

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a Deus por ter me proporcionado à oportunidade de concluir o curso, diante das dificuldades encontradas. Foram muitas pessoas que contribuíram de forma direta ou indiretamente para que esse objetivo fosse alcançado, segue algumas que merecem o meu agradecimento e atenção especial:

Victor (meu filho, minha vida), pela compreensão nos momentos de ausência e nervosismo, só tenho a agradecer por ser um filho tão participativo nessa jornada árdua. Mãe TE AMA MUITO.

Cledison (meu esposo), parceiro de todas as horas, pai e mãe do Victor durante esses anos, obrigada por fazer parte dessa conquista, nós dois sabemos o quanto foi difícil, e você sempre me deu forças e incentivos para continuar, valeu pela credibilidade.

Socorro / Né (meus pais), mesmo distantes, eles me deram força e rezaram muito para Deus me fortalecer diante dos obstáculos, vocês são exemplos de garra, determinação, otimismo, honestidade e dignidade, nossos modelos de vida, razão de nossa existência e viver.

Verinaldo e Vera Alice (meus irmãos), grandes amigos, grandes companheiros, sou muito feliz por ter vocês em minha vida, pessoas com o coração que não cabe no peito, AMO MUITO VOCÊS.

Viviane (minha sobrinha), você é especial para a tia e sabe que todo esse sacrifício tem você como objetivo, também.

Tia Dr^a Liana / Dr^o Bezerra (meus grandes influenciadores), essa conquista devia a vocês (estou pagando), que sempre acreditaram em mim, me proporcionaram oportunidades e sempre torceram pelo melhor em minha vida. Sei que hoje, vocês estão tão felizes quanto eu.

Ariene (minha parceira), amiga, sei que não foi fácil, mais chegamos lá, somos Assistentes Sociais, obrigada, por confiar em mim e me dar o prazer de dividir esse trabalho com você, gosto muito de TI.

Professora Sônia (orientadora), quando crescer serei igual a você, adorei dividir esse trabalho com você, obrigada pela contribuição e parceria, devemos a você essa vitória.

Professora Roseli (leitora), obrigada por aceitar o nosso convite e dividir essa conquista conosco.

Irotilde (Assistente Social – Jabaquara), obrigada por estar sempre disposta à nos receber e dividir conosco sua experiência e conhecimento, sou muito grata a você.

Teresa Maria Bezerra

Agradecimentos

Antes de iniciar os agradecimentos devo ressaltar o significado que este trabalho possui perpassa a conclusão de um curso acadêmico, representa nove anos de luta, repletos de determinação, garra e desafios. Desta forma devo agradecer algumas pessoas:

A Deus que me deu forças para transformar cada obstáculo em um degrau, possibilitando alcançar meus objetivos.

Aos meus pais , Ari e Dalva que sempre estiveram torcendo por mim durante esta longa e árdua jornada.

As minhas irmãs Arinalva e Ariana, que sempre estiveram aptas a me auxiliar e incentivar.

A minha amiga e parceira de pesquisa Teresa, que aceitou o convite de dividir este trabalho comigo e esteve presente em momentos cruciais na minha vida.

As minhas supervisoras de estágio Mauricléia (Secretaria de Habitação de Diadema), Eliana, Cláudia e Roberta (Programa Einstein na Comunidade Paraísoópolis), elas foram fundamentais em minha construção profissional.

Aos profissionais do programa Aborto Legal do Hospital Arthur Ribeiro de Sabóya, que durante toda pesquisa foram receptivos e incentivadores para realização de tal pesquisa.

Ao corpo docente da Faculdade de Serviço Social, que desde o início da pesquisa, nos auxiliou propondo caminhos para realização de tal trabalho. Ainda nessa categoria agradeço em especial a Professora Sônia, que aceitou o desafio de nos orientar, a professora Roseli, que acolheu o nosso tema de forma ímpar, contribuindo sempre com material bibliográfico e discussões.

A junção destas pessoas possibilitou não só a realização de um trabalho acadêmico, mas a concretização de um objetivo pessoal.

Ariene Oliveira Lopes

Resumo

A pesquisa realizada teve como objetivo abordar a problemática do aborto na sociedade brasileira, descortinando temas ligados a questão que se configura como um problema social, entender como se dá a efetivação da política pública que visa garantir o abortamento nos casos previstos por lei.

Nesse sentido, procuramos contextualizar a questão do aborto na sociedade brasileira abordando questões como histórico do aborto no Brasil e no mundo, gênero, movimentos sociais, direitos reprodutivos e saúde.

Para tal estudo, o referencial teórico utilizado como base advém de autores, BRAVO, Maria Inês Souza, FALEIROS, Vicente de Paula, CAVALCANTI, Ludmila Fontenele, ZUCCO, Luciana Patrícia, TELES, Maria Amélia de Almeida além de publicações específicas sobre a questão do aborto confeccionadas pela organização Católicas pelo Direito de Decidir.

No intuito de verificar a execução da política pública de saúde, foi escolhido como campo de pesquisa o Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya, pioneiro na implantação da política no Brasil, por meio do Programa Aborto Legal, qual é tido como referência em território nacional. A análise foi realizada a partir de entrevistas com os profissionais da equipe multiprofissional do programa.

A partir do estudo, verificamos a necessidade da discussão sobre aborto na sociedade brasileira, elucidando seus entraves de ordem política, social, econômica e cultural. Desconstruindo assim conceitos e valores fortemente propagados na sociedade que impedem o avanço na garantia, ampliação e efetivação de direitos relacionados à questão de gênero.

Palavras - Chave: aborto, problema social, políticas públicas

SUMÁRIO

I CAPÍTULO

INTRODUÇÃO.....	14
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ABORTO.....	18
1.1 DEFINIÇÃO.....	18
1.2 HISTÓRIA MUNDIAL DO ABORTO.....	21
1.3 HISTÓRIA DO ABORTO NO BRASIL.....	29
2. A FUNÇÃO DA MULHER NA FORMAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA E A QUESTÃO DE GÊNERO.....	31
3. MOVIMENTOS FEMINISTAS.....	35
4. DIREITOS REPRODUTIVOS NO BRASIL.....	38
5. ABORTO E LEGISLAÇÃO BRASILEIRA.....	39
6. MOVIMENTOS CONTRA E AFAVOR DO ABORTO NO BRASIL.....	43
7. HISTÓRICO DE SAÚDE NO BRASIL.....	45
7.1. MORTE MATERNA.....	48
8. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES.....	49
9. PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	50

II CAPÍTULO

2. CONTEXTO HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA ABORTO LEGAL.....	54
2.1 CONHECENDO O PROGRAMA ABORTO LEGAL NO HOSPITAL DR. ARTHUR RIBEIRO DE SABÓYA – HOSPITAL JABAQUARA.....	58
2.2 PERFIL DOS CASOS ATENDIDOS.....	60
2.3 O SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA ABORTO LEGAL.....	62
3. METODOLOGIA.....	65
3.1 COLETA DE DADOS.....	65
4. ANÁLISE DE DADOS.....	69
4.1 PERFIL DAS USUÁRIAS DO SERVIÇO DE ABORTO LEGAL.....	69

4.2 POSICIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DO HOSPITAL DR. ARTHUR RIBEIRO DE SABÓYA.....	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....	89
ANEXOS.....	94

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 01 - Motivos de aborto realizados no Hospital Jabaquara no período de 1989 a 2007.....	60
Gráfico 02 - Idade gestacional das usuárias do Programa Aborto Legal do Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya.....	69
Gráfico 03 – Escolaridade das usuárias do Programa Aborto Legal do Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya.....	70
Gráfico 04 – Religião das usuárias do Programa Aborto Legal do Dr. Hospital Arthur Ribeiro de Sabóya.....	70
Gráfico 05 – Local de origem das usuárias do Programa Aborto Legal do Dr.Hospital Arthur Ribeiro de Sabóya.....	71
Gráfico 06 – Composição familiar das usuárias do Programa Aborto Legal do Dr.Hospital Arthur Ribeiro de	71
Gráfico 07 – Motivo da Interrupção da gestação.....	72
Gráfico 08 – Origem da demanda.....	73
Gráfico 09 – Período gestacional das usuárias do Programa Aborto Legal do Hospital Arthur Ribeiro de Sabóya.....	74
Gráfico 10 – Método de Interrupção.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIU – Aspiração Manual Intra Uterina;

BO – Boletim de Ocorrência;

CDD – Católicas Pelo Direito de Decidir;

CRM - Conselho Regional de Medicina;

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social;

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social;

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis;

IML – Instituto Médico Legal;

OAB - Ordem dos Advogados do Brasil;

ONGs – Organizações Não governamentais;

PGM – Procuradoria Geral do Município;

PSM - Programa de Saúde da Mulher;

PS – Pronto Socorro;

CFEMEA: Centro Feminista de estudos e Assessoria;

ONU: Organização das Nações Unidas;

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social;

IAPS: Instituto de Aposentadorias e Pensões;

MS: Ministério da Saúde;

PAISM: Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher;

PS: Previdência Social;

PS: Pronto Socorro;

SUS: Sistema Único de Saúde;

SPM/PR: Secretaria Especial de Políticas Públicas para Mulheres da Presidência da República – SPM/ PR;

UNISA: Universidade de Santo Amaro;

UTI: Unidade de Terapia Intensiva;

“Uma mulher forçada pela lei a submeter-se à dor e à ansiedade de carregar, manter e alimentar um feto que ela não deseja ter está legitimada a acreditar que mais que um jogo de palavras liga o seu trabalho forçado ao conceito de servidão involuntária. Dar à sociedade – especialmente a uma sociedade dominada pelo sexo masculino – o poder de condenar a mulher a manter a gestação contra sua vontade é delegar a alguns uma autoridade ampla e incontrolável sobre a vida de outros. Qualquer alocação de poder como esta opera em sério detrimento das mulheres com classe, dada a miríade de formas pelas quais a gravidez indesejada e a maternidade indesejada oneram a participação das mulheres como iguais na sociedade”.

Laurence Tribe

Introdução

O presente estudo tem o intuito de apresentar como se dá a questão do aborto no Brasil e suas implicações políticas, jurídicas, sociais. Para tanto, se faz necessário primeiramente entender como os aspectos de ordem social, política e cultural encontram-se atrelados a essa problemática, rompendo assim, a concepção do senso comum.

A criminalização do aborto na sociedade brasileira, traz como consequência a violação dos direitos da mulher, gerando estatísticas que apontam a realização de cerca de um milhão de abortos ilegais no Brasil. Assim como os abortos clandestinos ocasionam a 4ª causa de morte materna no Brasil.

O Decreto Lei nº. 2.848, promulgado em 7 de Dezembro de 1940, permite a realização do aborto em dois casos: quando a gestação representa risco de morte a gestante, ou quando a gravidez resulte de estupro, representando um tímido avanço no código penal brasileiro. Haja vista a contextualização social da época, que limitava a participação da mulher na sociedade, não reconhecendo a necessidade da garantia de direitos humanos específicos como a questão dos direitos reprodutivos.

Todavia a sociedade encontra-se em constante movimento, fator que explica o surgimento de diversos movimentos feministas na sociedade brasileira, o que tornou evidente a problemática social a qual se refere à questão do gênero.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 trouxe como premissas questões como democracia, liberdade, igualdade de direitos. Direitos estes que estão sendo feridos constantemente a partir do momento que não se reconhece a necessidade de alteração no obsoleto Código Penal Brasileiro, contemplando o aborto a uma parcela da sociedade, deixando explícito o agravamento do problema social.

A ilegalidade do aborto traz consequências não só de cunho social, mas também político e econômico. Haja vista a existência de clínicas particulares clandestinas não fiscalizadas que possibilitam a corrupção e o oportunismo. No

que se refere à questão econômica, a não legalização gera altos gastos por parte dos serviços de saúde pública¹, no atendimento às mulheres com doenças e seqüelas provenientes de abortos inseguros.²

Sendo assim, faz-se notória a necessidade da discussão sobre esta temática de forma democrática, atingindo todas as esferas da sociedade brasileira, a fim de desmistificar conceitos fortemente arraigados na sociedade, que impossibilitam o debate e impedem a garantia do acesso integral e eqüitativo das mulheres aos direitos reprodutivos e serviços públicos de qualidade.

Por tratar-se de uma problemática complexa, as discussões sobre a questão iniciaram-se no término do 4º semestre acadêmico Dezembro/2007 e a partir daí foram pontuados aspectos que seriam importantes abordar na pesquisa³. Encontramos como dificuldade inicial a escassez de pesquisa e estudos que abordassem o tema por um viés social e imparcial, o que demonstra o quanto esse assunto é pouco discutido na sociedade, apesar da prática do abortamento ser utilizada há séculos, inclusive no Brasil.

As publicações da instituição feminista Católicas pelo Direito de Decidir – CDD, foram essenciais para elaboração do estudo. A partir de algumas leituras foi possível traçar o percurso a ser percorrido para alcançar os objetivos propostos pela pesquisa, que visa abordar a questão do aborto buscando entender suas implicações, fomentando uma discussão imparcial que venha evidenciar a necessidade de ampliação e manutenção de políticas públicas que garantam a efetivação dos direitos reprodutivos, seguidos por um acesso igualitário. Desta forma, para abordar a temática do aborto foi necessário

¹ De acordo com os dados do SUS, são cerca de 238 mil curetagens decorrentes de aborto por ano, cada uma ao custo médio de R\$ 125,00. Ficaram daí excluídos, por exemplo, os custos com internações por período superior a 24 horas, os gastos com UTI e os recursos necessários aos atendimentos de seqüelas decorrentes do aborto. (C.f. *Dossiê Aborto: Mortes Previsíveis e Evitáveis*. Op.cit.,p.05.)

² Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 1992, como “um procedimento para terminar uma gravidez indesejada realizada por pessoas sem as devidas habilidades ou em ambientes sem os mínimos padrões médicos, ou em ambos”

³ A idéia inicial da dupla era tratar a questão do aborto a partir do estudo de casos de abortamento ilegal, porém, no decorrer da pesquisa verificamos as diversas dificuldades que tal abordagem traria. Por conta destas fomos moldando a pesquisa de acordo com nossas possibilidades.

percorrer por diversas áreas do conhecimento, possibilitando assim traçar uma linha lógica de raciocínio que contemplassem tais objetivos.

Escolhemos como campo de pesquisa o Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya, conhecido como Jabaquara, onde funciona o Programa Aborto Legal. A opção por um campo de pesquisa rico fez toda diferença na elaboração do trabalho, pois além de disponibilizar material bibliográfico específicos do tema, foi um local de discussões, reflexões e aprendizado junto aos profissionais atuante do programa.

Outro fator a ser evidenciado, se deve ao auxílio do corpo docente da faculdade de serviço social da Universidade de Santo Amaro - Unisa, estes se mostraram desde o princípio disponível a auxiliar e orientar sobre como abordar uma temática tão polêmica.

Desta forma, a pesquisa apresentada é fruto de um trabalho árduo, porém fascinante, que nos possibilitou maior entendimento de como se estabelece as relações de gênero na sociedade brasileira, e as consequências dessa legitimada assimetria.



1º Capítulo

“Não é lícito e não é ético permitir o aniquilamento da saúde e da vida de milhares de mulheres pobres – por imposições religiosas, culturais, educacionais -, impedindo-as de exercendo o legítimo direito de uma difícil escolha que é permitida – e claramente aceita pela hipocrisia social”.

Ivan Paixão

1. Contextualização do Aborto

1.1 Definição

O presente estudo tem o intuito de apresentar como se dá a questão do aborto no Brasil e suas implicações políticas, jurídicas, sociais. Para tanto se faz necessário primeiramente entender o que é o aborto, rompendo assim, a concepção do senso comum.

Vejamos alguns conceitos:

Etimologicamente o aborto é tido como “ato ou efeito de abortar; expulsão do feto antes do fim da gestação; o que nasce prematuramente” (Dicionário de Língua Portuguesa – Houasiss).

Para (PRADO, 2007, p.16) conceitua o aborto da seguinte forma:

“... é a perda de uma gravidez antes que o embrião e o posterior feto sejam potencialmente capazes de vida independente da mãe (até a 8ª semana embrião a partir da 9ª semana feto)...”

Já a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Aborto (2005, p.22), define a prática como “a interrupção da gravidez até a 20ª – 22ª semana e com produto da concepção pesando menos que 500g. O aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento”.

Cabe evidenciar que além dos conceitos citados, o Ministério da Saúde traz outras considerações que envolvem a questão do aborto, como as designações de natimorto e de óbitos decorrentes do aborto.

Natimorto ou nascido morto: é o óbito fetal intermediário (22 a 28 semanas) ou tardio (28 semanas ou mais), ou seja, o óbito antes da expulsão ou extração completa do corpo materno, de um produto da concepção que tenha alcançado 22 semanas completas ou mais de gestação (no momento da extração o natimorto não deve respirar ou dar qualquer outro sinal de vida).

Óbito fetal: é a morte do produto da concepção, antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independente da duração da gravidez; indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem

dar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

Nascido vivo: Se o produto da concepção, independente da duração da gravidez, respira ou dá qualquer outro sinal de vida, é um nascido vivo. Não importa se é “viável” ou não, se houve intenção de aborto ou não, se tinha menos de 500 g ou mais. Isto significa que, para caracterizar trata-se ou não um aborto, deve-se antes excluir a possibilidade de que se trate de um nascido vivo.

Percebe-se que de modo geral entende-se aborto como a interrupção do processo de formação do embrião ou feto antes de atingir a capacidade de viver independente do organismo materno. Esta pode ocorrer de forma espontânea ou induzida.

Segundo a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Aborto, os abortamentos podem ser classificados em:

Ameaça de abortamento: sangramento genital de pequena a moderada intensidade, podendo haver pequena área de deslocamento ovular;

Abortamento completo: onde ocorre a expulsão do material ovular e ocorre geralmente em gestações com menos de 8 semanas;

Abortamento inevitável/incompleto: o sangramento é maior que na ameaça de abortamento, que diminui com a saída de coágulos ou de restos ovulares, as dores costumam ser de maior intensidade que na ameaça e o orifício cervical interno encontra-se aberto. O exame de ultra-som confirma a hipótese diagnóstica, embora não seja imprescindível;

Abortamento retido: o abortamento retido cursa com regressão dos sintomas e sinais da gestação, o colo uterino encontra-se fechado e não há perda sangüínea. O exame de ultrassom revela ausência de sinais de vitalidade ou a presença de saco gestacional sem embrião (ovo anembrionado);

Abortamento infectado: está associado a manipulações da cavidade uterina pelo uso de técnicas inadequadas e inseguras. Estas infecções são polimicrobianas e provocadas, geralmente, por bactérias da flora vaginal. São casos graves e devem ser tratados, independentemente da vitalidade do feto;

Abortamento habitual: Caracteriza-se pela perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 22ª semana. É primário quando a mulher jamais conseguiu levar a termo qualquer gestação, e

secundário quando houve uma gravidez a termo. Estas mulheres devem ser encaminhadas para tratamento especializado, em que seja possível identificar as causas e realizar tratamentos específicos;

Abortamento eletivo previsto em lei: nos casos em que exista indicação de interrupção da gestação, obedecida a legislação vigente, por solicitação da mulher ou de seu representante, deve ser oferecida à mulher a opção de escolha da técnica a ser empregada: abortamento farmacológico, procedimentos aspirativos (AMIU ou elétrica) ou dilatação e curetagem;

Para a realização de tais procedimentos existem três métodos a serem utilizados:

Abortamento farmacológico (mesoprostol ⁴, ocitocina): É a utilização de fármacos para indução do abortamento ou abreviação do abortamento em curso. Toda mulher grávida que solicita interrupção da gestação e cumpre com as condições estabelecidas pela lei pode optar pela interrupção farmacológica da gravidez, tanto no primeiro, como no segundo semestre da gestação.

Aspiração Manual Intra Uterina (AMIU): Promove a retirada dos restos ovulares por meio de raspagem da cavidade uterina e por aspiração. Pode ser utilizada em gestações com menos de 12 semanas, em função do tamanho uterino, pois há necessidade de o colo uterino ser justo à cânula para que o vácuo seja transferido da seringa para a cavidade uterina;

Curetagem uterina: Estando o colo uterino aberto, ou dilatado previamente pelos dilatadores de Denistonn ou velas de Hegar, introduz-se a cureta e promove-se raspagem da cavidade uterina, extraíndo-se o material desprendido pelo instrumental.

Todavia, a escolha do método utilizado varia de acordo com a especificidade e necessidade de cada caso clínico, assim como a escolha da mulher, a qual deve ser orientada sobre os métodos disponíveis para seu atendimento.

A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Aborto (2005, p. 25), se posiciona da seguinte forma a respeito da eleição possível:

⁴ Misopostrol : usado no tratamento e prevenção de úlcera do estômago. Esta substância também é utilizada como medicamento abortivo conhecido comercialmente como CYTOTEC. Chegou ao mercado brasileiro a partir do início dos anos 90.

O abortamento seguro, nas razões legalmente admitidas no Brasil, e o tratamento do abortamento constituem direito da mulher que deve ser respeitado e garantido pelos serviços de saúde. Para o exercício pleno desse direito, é fundamental que a escolha do tipo de método para o abortamento faça parte de um processo de decisão compartilhada entre a mulher e os profissionais de saúde. Os diferentes métodos disponíveis devem ser igualmente oferecidos de forma apropriada, garantindo que a decisão seja a mais livre, consciente e informada possível. Além disso, todo o processo de escolha deve estar fundamentado no respeito aos princípios de autonomia e autodeterminação da mulher.

Desta forma, após a compreensão técnica da prática abortiva, salientamos que a discussão do trabalho apresentado baseia-se nos casos de abortamento eletivo previsto em lei e as consequências do abortamento infectado.

1.2 História Mundial do Aborto

Delinear a história do aborto é um processo complexo e desafiador, devido a ausência de documentos que retratem este assunto, o que impossibilita o aprofundamento do mesmo. Segundo Galeotti, (2007) a escassez de relatos a este respeito denota que esta temática era entendida culturalmente como fato a ser tratado exclusivamente no âmbito feminino.

O aborto é uma prática secular realizada e difundida entre diversas culturas. É uma questão que sempre esteve em movimento, sua proibição ou aceitação corresponde a interesses políticos e econômicos da sociedade, conforme o contexto histórico, como afirma: (PAIXÃO, 2007, p.199):

Desde tempos imemoriais que os interesses políticos, econômicos e religiosos têm prevalecido em relação ao direito da mulher de decidir sobre o próprio corpo. Da mesma forma que hoje se impõe a proibição do aborto, já quis induzi-lo em diversos momentos da história.

Antecedendo a abordagem direta a respeito da prática abortiva no movimento histórico da sociedade, cabe evidenciar o papel social da mulher e como se dava suas relações sociais.

Durante a antiguidade⁵ a mulher tinha como função social a procriação, atribuição esta que lhe gerava status, do mesmo modo que sua infertilidade lhe acarretava a perda de uma condição social. No que se refere a esta questão (GALEOTTI, 2007, p.27) afirma:

A mulher tem valor na medida em que é - e enquanto for - fértil. É a maternidade que lhe permite deixar uma marca, uma memória póstuma garantida àquelas que morrerão cumprindo a mais nobre tarefa: dar à luz um filho. De resto podia gravar-se o nome do defunto no monumento fúnebre apenas se tratasse de um homem que tivesse morrido na guerra ou de uma mulher que tivesse morrido de parto.

A gravidez atribuí status à mulher. Porém, a prática abortiva ocorria no mundo feminino devido à gravidez indesejada pelas mesmas, o que explicitava um adultério ou um ferimento de interesses masculinos.

Apesar de não fundamentada cientificamente, a teoria baseada na concepção que o feto era uma parte da mulher era amplamente aceita e disseminada pelo senso comum sem questionamentos de teólogos, filósofos e legisladores deste período histórico, fato que explica a valorização feminina somente enquanto gestante.

Por este motivo, o momento de transição de filha para mulher e posterior mãe, era entendido como o único mito de passagem relevante no mundo feminino.

Partindo do princípio que questões como gravidez, menstruação, aborto e parto eram entendidas como peculiaridades de foro unicamente feminino, cabia a este universo a realização de parto e aconselhamentos sobre estes assuntos. Ações estas pautadas e difundidas oralmente no cotidiano, através das relações interfamiliares.

⁵ Idade Antiga ou Antiguidade período que inicia com a invenção da escrita (4000 a.C. a 3500 a.C.) até a queda do Império Romano do Ocidente (476 d.C.) e início da Idade Média (século V). Neste período temporal verificamos que as chamadas civilizações antigas, que conhecem a escrita, coexistem com outras civilizações, escrevendo sobre elas. http://pt.wikipedia.org/wiki/Idade_Antiga. 31/03/2009: 18:10.

Desta forma, a presença masculina representada pela figura do médico⁶ não era aceita, exceto quando se fazia necessária sua intervenção, nos casos de necessidade de retirada do feto morto.

Supõe-se a existência, neste período, de práticas abortivas, pois era comum a utilização de chás e ervas nos casos de ausência de fluxo menstrual com o objetivo de normalizar o fluxo.

Como eram escassos os recursos que possibilitassem a identificação de uma gestação no seu estágio inicial, é provável que esta prática, frequente neste período, tenha sido responsável por casos de aborto, mesmo que de modo inconsciente e involuntário, como afirma (GALEOTTI, 2007, p.32):

Quando estas interrompiam inexplicavelmente, faziam-se sangrias e chás para desbloquear o fluxo, e muitas vezes o efeito de tais intervenções era a interrupção de uma gravidez em fase inicial. Estes casos não podem ser equiparados ao aborto uma vez que a mulher ignorava estar grávida e não tinha como finalidade interromper a gravidez.

Porém, havia povos com opiniões divergentes sobre a prática abortiva, apesar de compartilhar do mesmo primitivismo. Isto é possível de ser observado quando se traça um paralelo entre Grécia e Roma.

A Grécia, considerada um berço filosófico que influenciou o pensamento ocidental, tinha como característica a busca do conhecimento por meio de investigações intelectuais, buscando compreender o desconhecido através da razão. Acreditavam os gregos que a vida humana se iniciava no momento do nascimento, por isso a prática do aborto era largamente difundida, não havendo leis punitivas a respeito desta, salvo quando sua realização feria o interesse masculino. Todavia, cabe salientar algumas divergências que permeiam os pensamentos filosóficos no que se refere a esta questão.

Conforme Paixão (2006) Sócrates, filósofo ateniense (470 ou 469 a.C a 399 a.C.), não apresentava nenhuma resistência à prática abortiva e aconselhava as parteiras a facilitar o abortamento as mulheres que desejassem. Platão, filósofo grego (428/27 a 347 a.C.) discípulo de Sócrates,

⁶ A intervenção da gestação era feita entre as mulheres, que seguiam os ensinamentos abortivos repassados entre as relações familiares, ficando restrita ao mundo masculino.

defendia o aborto para mulheres com mais de 40 anos e para preservação da pureza da raça dos guerreiros. Já Aristóteles, filósofo grego (384 a.C. a 322 a.C.), aluno de Platão criador do pensamento lógico, entende o aborto como método eficaz para obter um controle da população, mantendo estáveis o índice populacional das cidades.

Posicionamento contrário apresenta o filósofo Hipócrates, importante estudioso grego considerado o pai da medicina, negava o direito ao aborto e exigia aos médicos jurar não dar as mulheres bebidas fatais para a criança no ventre.

A este respeito afirma: (GALEOTTI, 2007, p.37):

“Inicialmente, as poucas condenações provieram de homens da ciência, e é conhecida a posição de Hipócrates, cujo juramento refere: nunca sugirirei a nenhuma mulher prescrições que a possam fazer abortar”.

Já em Roma a história do aborto demonstra a questão dos interesses que norteiam e interferem o posicionamento do Estado a este respeito.

É o que nos mostra: SCHOR e ALVARENGA (s/d) quando afirma:

Entre os Gauleses, o aborto era considerado um direito natural do pai, que era o chefe incontestável da família, com livre arbítrio sobre a vida ou a morte de seus filhos nascidos ou não nascidos. O mesmo ocorria em Roma, onde o aborto era uma prática comum, embora interpretado sob diferentes ópticas, dependendo da época. Quando a natalidade era alta, como nos primeiros tempos da República, ela era bem tolerada. Com um declínio da taxa de natalidade a partir do Império, a Legislação se tornou extremamente severa, caracterizando o aborto provocado como delito contra a segurança do Estado⁷.

A primeira sanção penal do mundo romano que visava a criminalização do aborto ocorreu durante o Reino de Antonio Caracalla e Sétimo Severo no período de 193 d.C. à 235 d.C.. Neste período Roma estava passando por

⁷ <http://www.fsp.usp.br/SHOR.HTM>. 23/03/2009: 17:20

problemas de ordem política e econômica, o que gerou o fim do Alto Império⁸ e o início do Baixo Império⁹.

A influência da religiosidade sobre o tema ocorre a partir de dogmas oriundos do Judaísmo e Cristianismo. É importante evidenciar que o posicionamento da Igreja Católica, propagadora do Cristianismo, nem sempre fora homogêneo. Apesar de ter como base mandamentos que priorizam a vida e o amor ao próximo, no seio da instituição havia concepções divergentes entre os teólogos a respeito do início da vida do feto. Alguns teólogos, como Tertuliano (155-222) e São Cipriano (200-258), defendiam a idéia de que a hominização ocorria após a concepção do feto, classificando a prática do aborto como um homicídio digno de punição. Posicionamento distintos apresentam Santo Agostinho (354-430) e São Tomás de Aquino (1225- 1274), que argumentavam que o feto só passa a ter vida após algum período de gestação.

A respeito de sua ideologia, Santo Agostinho (HUSRT, 2006, p.09), afirma:

Segundo a lei, o ato (de aborto) não é considerado homicídio, pois não se pode dizer que existe uma alma viva em um corpo que carece de sensações já que ainda não se formou sua carne e ele não está dotado de sentidos.

Para São Tomás de Aquino, considerado o maior teólogo do cristianismo, referência permanente da teologia cristã até os dias atuais, a prática abortiva não poderia ser tratada como um homicídio quando se encontrava no início da gestação. Ele afirmava que o aborto só poderia ser considerado um crime depois de o feto já estar formado. Sua concepção estava embasada na crença que o feto só adquire alma após algum tempo da concepção do feto

A este respeito (HURST, 2006, p.25)

⁸ Alto Império: foi a fase de maior esplendor do Império Romano, o qual passou a desfrutar de um período de paz, segurança e prosperidade econômica, por conta de uma série de reformas sociais e administrativas.

⁹ Baixo Império: corresponde a fase final do período imperial, período caracterizado por uma longa crise social, econômica e política.

Ele admitia o aborto até oitenta dias após a concepção, argumentando que até esse momento a alma não havia sido implantada no feto no útero da mulher. Não havendo alma, não havia vida humana. Portanto, podia-se abortar, sem que isso constituísse um homicídio.

Contudo é no século XIX, após a declaração do papa Pio IX, traz que o posicionamento da Igreja passa a ser unificado, classificando o aborto como crime e pecado em qualquer circunstância e/ou em momento que seja realizado, concepção esta predominante até os dias atuais. Como afirma (NUNES, 2006, p.25).

Todavia, independente do posicionamento assumido, a Igreja visava sempre à repressão do ato sexual que não tivesse como finalidade a procriação. A intenção era punir o ato libertinoso que evidenciasse um adultério.

Diante do exposto, (HURST, 2006, p.11) afirma:

“A Igreja ensina que todo ato que pretende separar a união sexual da procriação é pecaminoso. Uma recente encíclica papal, escrita por Paulo VI, afirma que todo ato conjugal deve permanecer aberto à procriação”.

No que tange ao Judaísmo, o aborto não era aceito por conta da concepção religiosa, pois se acreditava que a fecundação e a gravidez eram um processo desejado por Deus, uma bênção divina (indo além de interesses masculinos, tidos como primordiais) e não poderia ser interrompida, salvo nos casos para salvar a vida da mãe. Diferentemente do cristianismo, o aborto não era visto como assassinato, porém havia punições baseadas em crenças religiosas e interesses do Estado. No que se refere a estes últimos, consistiam no povoamento do território visando sua defesa e sobrevivência.

Nota-se que a mulher não era vista como sujeito de direito, tendo suas vontades subjugadas pelo machismo, por interesses estatais, econômicos, sociais e religiosos. Interesses estes que também interferiam diretamente na representação do papel social da criança. A relevância de um nascimento

trazia implícitos vários objetivos como povoamento, formação de soldados para um exército forte, perpetuação da raça, nome e religião.

No que diz respeito às punições eram aplicadas às mulheres que praticavam o aborto castigos como exílios, trabalhos forçados em minas e pena de morte. Contudo a aplicação destas punições variava de acordo com a classe social na qual a mulher estava inserida.

A evolução da ciência ocorrida entre os séculos XVII e XVIII influenciou diretamente na reconstrução de alguns conceitos a respeito desta temática. A presença masculina passa a intervir em âmbitos antes tidos como exclusivamente femininos como, por exemplo, a presença de médicos no momento do parto¹⁰. O feto, antes entendido como uma parte inerente ao corpo feminino, passa a ter autonomia, fato que reduz ainda mais o papel da mulher na sociedade, além de tornar a questão do aborto mais delicada por conta do choque de interesses políticos e econômicos que uma gestante carrega.

Conforme (GALEOTTI, 2007, p.102):

... Pode se confirmar que, em virtude das conquistas científicas, a gravidez é descoberta como relações entre duas entidades autônomas: a mãe e o nascituro. Mas se existem sujeitos distintos, a escolha de interromper este processo cria necessariamente um conflito entre as partes envolvidas, e por isso, é necessário escolher qual o interesse que deve prevalecer.

No século XIX, marcado pelo ápice da Revolução Industrial,¹¹ a prática abortiva passa a ser realizada e expande-se entre as classes menos favorecidas, devido às dificuldades econômicas. Isto gera a redução de mão de obra nas grandes indústrias, ferindo os interesses capitalistas, fato que explica a proibição do aborto nesta época.

¹⁰ Segundo Galeotti (2007), o processo de inserção da figura masculina em um âmbito restritamente feminino ocorreu progressivamente a partir de casos difíceis e perigosos. A concretização desta substituição ocorre de modo paulatino durante séculos.

¹¹ Revolução Industrial: Iniciada na Inglaterra em meados do século XVIII, expandiu-se pelo mundo a partir do século XIX. Consistiu em um conjunto de mudanças tecnológicas com profundo impacto do processo produtivo nos setores econômicos e sociais do mundo.

O posicionamento contrário ao aborto permaneceu no século XX, com maior rigorosidade, chegando a serem sancionadas leis que puniam essa prática com pena de morte, como na Antiguidade. Nos países onde o regime nazifacismo se instalou, as leis punitivas contra o aborto foram mais rigorosas sob a justificativa da necessidade de criar “filhos da pátria”. No que se refere a essa questão, (GALEOTTI, 2007, p.107) afirma:

“Embora o direito penal se tenha ocupado do aborto desde tempos imemoriais, foi só no século XX que foram publicados as primeiras legislações orgânicas sobre a matéria”.

As guerras mundiais¹² contribuíram fortemente para a preservação e construção de leis punitivas e contrárias a realização do abortamento, principalmente nos países europeus. Por conta destas guerras, passam a ser estimuladas a formação de numerosas proles, para cobrir o déficit populacional gerado por estes conflitos, assim como o alargamento territorial e o desenvolvimento econômico. Todavia, deve-se salientar que as leis punitivas já citadas não foram implantadas nos países socialistas, escandinavos e no Japão (país que apresenta lei favorável ao aborto, desde 1948, ¹³período que não havia ainda ocupação americana).

Sendo assim, surge uma grande valorização pelo processo de natalidade, pela busca de homens fortes que contribuam para o crescimento de cidadãos, tornando-se cada nascimento um evento de interesse do Estado. O papel da mulher era a procriação e a maternidade torna-se uma obrigação, associada a uma grande valorização e proteção do feto.

A partir da década de 60, houve uma crescente liberalização do aborto no mundo, agregado à mudança de costumes sexuais, à nova posição da mulher na sociedade e dos interesses de ordem política e econômica dos países, o que denota um processo de emancipação feminina e o avanço da laicização dos Estados. Porém esse processo se deu de modo diverso, por conta de fatores culturais de cada país. Segundo Prado (2007), atualmente os dados da Organização das Nações Unidas - ONU trazem que 9% da população

¹² Primeira Guerra Mundial (1914 a 1918) e Segunda Guerra Mundial (1939 a 1945).

¹³ <http://www.fsp.usp.br/SHOR.HTM> às 17:20, 23/03/2009.

mundial residem em países onde o aborto é proibido sem exceção, 19% vivem em países que o permite apenas em casos nos quais a gestante apresenta risco de morte e 24% da população mundial residem em países que fatores sociais e econômicos são levados em consideração como justificativa da interrupção da gestação.

1.3 História do Aborto no Brasil

Na busca de compreender a história do aborto no Brasil, nos deparamos com a ausência de materiais que retratem esta prática nos diferentes períodos históricos, o que nos leva a refletir sobre quais interesses encontram-se ocultos durante o processo de documentação da história brasileira. Sabemos que também os registros históricos privilegiam os interesses da classe dominante.

Durante o Brasil Colônia (1500 – 1822), apesar da influência da Igreja Católica no Brasil, há relatos sobre a prática voluntária do aborto entre as mulheres negras, ação esta entendida como forma de reação à condição escrava, imposta pelo regime governamental brasileiro que tinha como característica até 1888¹⁴, com a abolição da escravatura, a utilização de mão de obra escrava. A esse respeito afirma (TELES, 1999, p.21):

“Houve mulheres negras que resistiram a participar da manutenção da escravatura, praticando o aborto e até matando seu filho recém-nascido como forma de impedir que um novo escravo surgisse”.

Com a transição do governo Colonial para o governo Imperial (1822 – 1889), o Brasil implanta um Estado Confessional¹⁵, adotando oficialmente a religião Católica, fato que influencia diretamente a concepção sobre a prática abortiva, gerando sua criminalização na sociedade brasileira através do código criminal do Império sancionado em 1830¹⁶. Este posicionamento permaneceu

¹⁴ 1888 – Abolição da escravatura.

¹⁵ Estado Confessional: Estado/País governado por influências e posicionamentos de uma determinada religião, também conhecido como “religião estado”.

¹⁶ Código Criminal do Império do Brasil, sancionado em 16 de dezembro de 1830.

após a implantação da República Laica¹⁷, o que demonstra com os conceitos religiosos foram fortemente introduzidos na edificação da cultura brasileira.

Sobre esta questão (PAIXÃO, 2006, p.205) afirma:

Antes do Império, apesar da forte influência da Igreja católica, não havia punição para o aborto. No estado confessional imperial passou-se a considerá-lo crime, postura que permaneceu após a separação entre o estado e Igreja com o nascimento de uma República Laica, sem religião oficial.

Já em 1890, através do Código Penal da República, a questão da criminalização do aborto no Brasil passa por alterações legislativas, as quais se referem à não punibilidade da prática quando a gestação apresentar risco de morte materna ou ato que evidenciasse desonra própria como nos casos de estupros. Apesar da implantação do novo Código Penal Brasileiro em 1940, não houve nenhuma alteração no que se refere à questão punitiva da prática abortiva, permanecendo a legalidade da prática somente nos dois casos, acima citados.

O Código Penal Brasileiro assegurava somente a legitimidade da prática, contudo o Estado não viabilizava a execução deste direito, haja vista a morosidade para a instalação de serviços públicos no território nacional que garantissem o direito assegurado, através da realização do aborto. A este respeito, cabe informar que o primeiro serviço de aborto legal no Brasil surge em 1989 no município de São Paulo. Já em nível nacional, isso ocorre após sanção da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, editada pelo Ministro da Saúde José Serra, somente em 1999¹⁸, ampliando assim, os serviços públicos de atendimento ao aborto legal.

Desta forma, este trabalho visa suscitar o quanto é imatura e frágil a discussão a respeito do aborto no Brasil, fator que interfere diretamente na conjuntura atual da sociedade brasileira no que diz respeito à garantia de

¹⁷ Estado governado sem nenhuma influência religiosa.

¹⁸<http://www.mundoeducacao.com.br/sexualidade/aborto.htm> 06/04/09 às 17:00

direitos, democracia, criação e execução de políticas públicas que garantam a igualdade e equidade de todos os cidadãos.

2. A função da mulher na formação da sociedade brasileira e a questão de gênero

O estudo da problemática do aborto nos remete a uma abordagem sobre a função da mulher na sociedade brasileira, o que facilita a compreensão das relações de gênero no Brasil.

A sociedade brasileira foi construída e estruturada com bases culturais, onde predominam o machismo, a desigualdade (social/gênero) e o autoritarismo. Conceitos estes cultivados e ainda presentes na atualidade, representando obstáculos a serem ultrapassados para a garantia de direitos como democracia e equidade, conforme a Constituição Federal de 1988.

Analisar o papel social da mulher na sociedade brasileira no decorrer da história nos proporciona a compreensão de conceitos morais e culturais, existentes e legitimados pela população, que impulsionam a exclusão do gênero feminino, limitando o lugar da mulher na sociedade, não a reconhecendo como sujeito de direito e negando assim a necessidade da formulação de políticas que atendam questões específicas do âmbito feminino.

Salienta-se que a história das mulheres foi escrita a partir de visões masculinas, comprometendo a veracidade dos dados históricos apanhados. Segundo (TELES, 1999, p.11) “toda a história das mulheres foi escrita pelos homens. E, portanto, podemos acrescentar: está sob suspeição”.

Nos primórdios da colonização brasileira, por volta do século XVI, onde a população era maciçamente composta por nativos indígenas e seus colonizadores europeus, a mulher indígena significava para os colonos a possibilidade de inserção e solidificação no território brasileiro. Esta inclusão ocorria através da prática indígena conhecida como cunhadismo.

Como mostra: (RIBEIRO, 2006, p.72):

A instituição social que possibilitou a formação do povo brasileiro foi o cunhadismo, velho uso indígena de incorporar estranhos à sua comunidade. Consistia em lhes dar uma moça índia como esposa. Assim que ele a assumisse, estabelecia, automaticamente, mil laços que o aparentava com todos os membros do grupo.

A vantagem que este processo civilizatório possibilitava era de alta relevância, pois a família com a qual se estabeleceu laços de relacionamento era utilizada como mão-de-obra pelos colonizadores, conforme afirma (RIBEIRO, 2006, p.72):

“A importância era enorme e decorria de que aquele adventício passava a contar com uma multidão de parentes, que podia pôr a seu serviço, seja para seu conforto pessoal, seja para a produção de mercadorias”.

Ademais, esta prática proporcionou a formação de uma população mestiça que povoou o Brasil. Para (RIBEIRO, 2006, p.73) “sem a prática do cunhadismo, era impraticável a criação do Brasil”.

Quintas (2008) afirma que o casamento de um colono com a mulher indígena continha interesses de ordem política e econômica, pois a mesma era tida como mantenedora da cultura, elemento fundamental no aparato indígena de valor econômico indiscutível.

Outros personagens de grande relevância na construção da história brasileira foram os negros, propagadores da língua portuguesa no Brasil, esta aprendida com os capatazes que sempre lhes gritavam. Como aponta (RIBEIRO, 2006, p.103):

“Dão, apesar de circunstâncias tão adversas, um passo adiante dos outros povoadores ao aprender o português com que os capatazes lhes gritavam e que, mais tarde, utilizariam para comunicar-se entre - si”.

Os negros foram responsáveis pela solidificação da base econômica brasileira, através da produção de riquezas, das quais os europeus se apropriaram para enriquecer a metrópole.

A mulher negra desempenhava o papel de reprodução da força de trabalho, sendo utilizada como instrumento de prazer sexual do senhor, podendo até ser alugada a outros senhores, além de executar trabalhos em âmbitos domésticos e rurais nas lavouras. Teles (1999), classifica a mulher negra como geradora de mais valia nos setores econômicos mais importantes.

Já à mulher da classe dominante, ou seja, à mulher branca, cabia a função de coordenar as atividades do âmbito doméstico como organização da cozinha, cuidados com as crianças, bordar, fazer renda e direcionar o trabalho das escravas. Apesar de ocuparem uma posição social superior, a mulher branca não possuía grau de instrução, não sabia ler, escrever, realizar operações aritméticas (conhecimentos tidos como masculinos). Eram educadas para o lar e seus conhecimentos se restringiam a afazeres domésticos. Como mostra Teles (1999, p.19) “consta que em São Paulo no século XVII, apenas duas mulheres sabiam assinar o nome e para receber algum grau de instrução tinham que entrar para o convento”.

Esta condição se perpetua até 1827, quando ocorrem as reivindicações para a inserção da mulher no processo de alfabetização como aponta (TELES,1999, p. 27):

Na primeira metade do século XIX, houve mulheres que começaram a reivindicar por seu direito à educação. O ensino então proposto (1827) só admitia para as meninas a escola de 1º grau, sendo impossível, portanto, atingir níveis mais altos, abertos aos meninos.

Desta forma, percebemos que a mulher brasileira encontra-se limitada ao âmbito privado de forma legitimada por sistemas familiares, jurídicos e religiosos da sociedade brasileira, fato este ainda verificado na sociedade atual, pois apesar de avanços como a inserção da mulher no mercado de trabalho, a evolução tecnológica, os ganhos políticos e sociais, a figura feminina continua ligada à função do cuidar, procriar e, atualmente, prover.

Nota-se que a inserção da mulher no mercado de trabalho se deu por meio de lutas e rompimento ideológico, pois durante muitas décadas as mulheres que exerciam trabalho fora do círculo doméstico, eram tidas como

mulheres “desonradas”, que estavam tirando o trabalho dos chefes de família, o que demonstrava a reprovação moral da sociedade a este respeito.

No que se refere à organização familiar, deve-se salientar que o processo de industrialização e urbanização, iniciado no Brasil no século XX, trouxe mudanças na concepção da instituição familiar e no papel da mulher na sociedade. Antes o espaço de trabalho se dava no mesmo local da moradia, formando uma unidade produtiva familiar. O avanço industrial rompeu com este padrão, ocasionando a separação entre unidades de produção, consumo e moradia. A esse respeito, (MORAES, 2008, p. 497) afirma:

“Nestas circunstâncias, modifica-se a divisão do trabalho familiar e “trabalho doméstico”, torna-se sinônimo de cuidar da casa e das pessoas. Passa a ser encarado como um prolongamento ecológico do sexo feminino, uma espécie de vocação natural”.

No que se refere ao campo da sexualidade feminina, podemos notar pequenos avanços no decorrer da história brasileira. Até a metade do século XX não se reconhecia a libido feminina, limitando-se à mulher a exclusiva função reprodutiva.

Sobre as consequências desta concepção, (MORAES, 2008, p. 499) afirma:

“Ao reduzir a sexualidade feminina aos objetivos da procriação, sem que os homens estejam sujeitos à mesma lei, cria-se a dupla moral sexual. Em outras palavras, a divisão das mulheres em duas categorias fundamentais: “as mães–mulheres com as quais o ato sexual é “puro”, voltado para a procriação, e as “prostitutas” aquelas que são permitidos o sexo “sujo”.

No entanto, apesar das mudanças do constante movimento da sociedade, a questão da maternidade ainda encontra-se extremamente valorizada, permanecendo associada à função feminina do cuidar e reproduzir, rejeitando seu direito de decidir sobre sua sexualidade. A disseminação desta concepção na sociedade acaba estimulando a procriação sob a justificativa de que a maternidade é algo inerente ao mundo feminino. Contudo, apesar do

Estado contribuir para a propagação dessa idéia, não provê recursos que possibilitem o desenvolvimento cultural, físico e econômico das mulheres e seus filhos.

A este respeito, (MORAES, 2008, p. 500) traz:

Ser mãe, no entanto, é uma noção culturalmente construída, que envolve muitos mais do que o simples ato biológico de reprodução. Além dos sentimentos afetivos da mãe, a criança vai depender das condições de amparo maternal e social que possibilite o próprio exercício da maternidade. Nesse sentido coloca-se na atualidade o problema da imposição da maternidade como a proibição do aborto. No Brasil as mulheres são legalmente obrigadas a ter filhos indesejados que os poderes públicos também rejeitam.

Enfim, o século XX foi cenário para a ressignificação paulatina do papel da mulher na sociedade, fato esse que ocorreu por meio de debates que garantissem direitos como cidadania e equidade, desafiando ao mesmo tempo a ordem conservadora que excluía a mulher do mundo público.

A partir do exposto, percebe-se que a mulher até então ocupou um lugar subalterno, subordinado ao poder e decisões da figura masculina, o que elucida a formação de uma sociedade organizada de forma patriarcal, sistema do qual notamos vestígios e influências atuais, no século XXI.

3. Movimentos Feministas

Para entender a questão do aborto no Brasil se faz necessário evidenciar o movimento feminista brasileiro e sua evolução no decorrer das décadas, já que esse representa um espaço de reivindicação feminina que busca a garantia de direitos visando à equidade e igualdade de gênero.

No Brasil o feminismo inicia-se no século XIX, por meio de grupos femininos que reivindicam seu direito à educação, através da ampliação do

número de instituições de ensino direcionado para “meninas” e posteriormente a inserção no âmbito acadêmico, que ocorre somente em 1881.

É neste século que surgem as primeiras publicações editadas por mulheres. Estas tinham o intuito de propagar as novas idéias que rompiam timidamente com a concepção machista e conservadora, tidas como inerentes à sociedade. Isto explica porque a maioria das publicações não abordava questões de cunho político, trazendo conhecimentos práticos geralmente voltados ao cotidiano como cuidados domésticos, moda e teatro.

Tidos como uma forma de disseminar potencialidades femininas daquele momento histórico destacam-se os seguintes periódicos: O Jornal das Senhoras (1852), Belo Sexo (1862), Sexo Feminino (1873), O Domingo (1870), O Eco das Damas (1879), Primavera (1880), O Direito das Damas (1882), Voz da Verdade (1885), Jornal A Família (1888) e a revista A Mensageira (1897). Todavia salienta-se que entre as publicações citadas somente duas - Sexo Feminino¹⁹ e o Jornal A Família²⁰ - possuíam caráter revolucionário para a época.

Nota-se que o fim do século XIX e início do século XX são marcados por alterações em diversos setores da sociedade como cisão com padrões ideológicos até então inquestionáveis, por meio de questionamentos femininos, mudanças nos métodos de produção de riqueza com desenvolvimento industrial e o aumento da exploração dos trabalhadores²¹.

As alterações nas questões de gênero no século XX se intensificam com o movimento feminista, na busca de direitos como ampliação do acesso a cargos públicos sem distinção de sexo, direito ao voto, direitos trabalhistas como redução de jornada e igualdade salarial entre homens e mulheres, proteção à maternidade e emancipação feminina.

O século XX foi o cenário ideal para o estabelecimento de novos direitos e o amadurecimento de idéias que geraram novas reivindicações e conquistas alternando o modo de viver, pensar e interagir na sociedade. Dessa forma,

¹⁹ Semanário Sexo Feminino: defendia a idéia que a emancipação econômica, juntamente com o acesso à educação, constituíam ferramentas fundamentais para o fim da subordinação feminina.

²⁰ Jornal A Família: Questionava o poder exercido pela figura masculina na sociedade brasileira, que limitava o desenvolvimento intelectual feminino.

²¹ O desenvolvimento industrial captava os imigrantes europeus como trabalhadores, oferecendo-lhes baixa remuneração, fato que gerava maior enriquecimento da burguesia, concomitantemente ao agravamento da condição de exclusão da população negra.

deve-se evidenciar a atuação do movimento feminista na década de 70, através da participação em movimentos políticos como a anistia, combate a ditadura e ao capitalismo, o que demonstra sua inserção em setores políticos da sociedade brasileira. Mesmo sendo um período da história da política brasileira²² marcado pelo conservadorismo, censura, ausência de democracia, perseguição política e repressão, as mulheres começam a se manifestar a respeito de sua sexualidade na busca da autonomia sobre seu corpo.

(PAIXÃO, 2006, p.206) traz a esse respeito:

O surgimento de um forte movimento feminista, à semelhança – e talvez por inspiração- dos ocorridos nos Estados Unidos e na Europa, fez com que o tema ganhasse o espaço público. Mesmo durante a ditadura militar, aborto e sexualidade começaram a sair da invisibilidade e do tabu preconceituoso para passarem a ser discutidos com vigor crescente, até transparecerem definitivamente no processo de transição democrática.

O lançamento de dois jornais feministas: O Brasil Mulher (1975) e o Nós Mulheres (1976), representava o desenvolvimento da ideologia, pois diferente dos periódicos feministas publicados no século XIX, esses abordavam questões como direitos reprodutivos através da discussão sobre pílula anticoncepcional, planejamento familiar, sexualidade, aborto, violência doméstica e divórcio, este movimento retratava que o feminismo caminhava de acordo com a postura dialética da sociedade brasileira.

Ademais, a década de 70 ficou marcada por ocorrerem eventos mundiais direcionados à categoria feminina, como a Conferência Internacional da Mulher no México (1975), o que acarretou a parceria entre a Organização das Nações Unidas - ONU e a Cúria Metropolitana²³, que realizaram neste mesmo ano, várias discussões acerca da questão da mulher, criando assim, dois Centros de Desenvolvimento da Mulher Brasileira, um no Rio de Janeiro e outro em São Paulo. Em 1978, com um grande espaço conquistado no dia Oito

²² Regime Militar no Brasil (1964 a 1985): a partir do golpe Militar articulado pelas forças armadas brasileira contra o governo João Goulart, o Brasil passa a ser governado por militares.

²³ Cúria Metropolitana: Órgão administrativo da Igreja Católica, constituído por autoridades que coordenam e organizam o funcionamento da Igreja Católica Romana.

de Março, os Congressos realizados pelas mulheres passaram a ser freqüentes como destaque para o I Congresso da Mulher Metalúrgica (São Bernardo do Campo – SP) e o I Congresso da Mulher Paulistana (São Paulo – SP).

Apesar da década de 70 ter sido de grandes conquistas, a movimentação feminista continuou militando na busca de direitos e espaço político, estando presente em momentos decisórios na história da sociedade. Haja vista fatos que ocorreram no decorrer da história brasileira como ocupação legítima de cargos políticos na década de 80 conquista do movimento feminista para impedir o retrocesso no ordenamento jurídico brasileiro através da tentativa de deputados alterarem o Código Penal 1940 nos artigos referentes à permissão do abortamento, buscando a total proibição ao aborto e a luta pela implantação de serviços públicos que garantam o serviço de aborto conforme o código penal de 1940.

Nota-se que o movimento feminista no Brasil vem contribuindo de modo positivo e gradual, partindo da conquista de direitos básicos como o voto, a ocupação de cargos públicos e políticos, direitos trabalhistas, até a busca por direitos reconhecidos recentemente, como os direitos sexuais e reprodutivos, que se encontram em debate no século XXI, representando um grande desafio a ser conquistado.

4. Direitos Reprodutivos no Brasil

Em 10 de Dezembro de 1948, a Ordem Mundial, através da Declaração Universal dos Direitos Humanos, legitima os Direitos Reprodutivos e eles passam a ser reconhecidos nas leis nacionais e internacionais.

A década de 1980, marcada pela luta e reivindicações pela volta da democracia e seguida pelas denúncias de esterilização, induziu a um novo discurso sobre a reprodução humana, que passa a ter os direitos reprodutivos integrados aos direitos sociais e todos os direitos individuais, com o objetivo de reduzir a violação da autonomia da pessoa humana.

O plano de ação da Comissão Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em Cairo no ano de 1994, e o documento da IV

Conferência Mundial da Mulher de Pequim gerado em 1995, legitimam o conceito atual de direitos reprodutivos e estabelecem novos modelos de intervenção na saúde reprodutiva e na ação jurídica, seguindo os princípios dos direitos humanos e visando alcançar programas, políticas públicas e normas legais que garantam esses direitos.

Ficou acordado nesses encontros que: cabe ao cidadão decidir sobre sua reprodução e exercício pleno sobre sua sexualidade e ter acesso à orientação sexual; que cabe à mulher ou ao casal decidirem sobre o número, espaçamento e o momento oportuno de terem filhos e ter o controle sobre o próprio corpo, com igualdade e equidade nas relações sociais sem discriminação. Já no plano jurídico, recomendou-se aos países revisão das leis que punem as mulheres que praticam abortos ilegais, para que esses países levem em consideração o grande problema de saúde pública que representam os abortos clandestinos.

Os direitos reprodutivos são reconhecidos na Constituição de 1988, deixando claro que o Estado não pode decidir e nem determinar sobre esses direitos e com suas leis e serviços de saúde tem o dever legal de proteger, efetivar e amparar os cidadãos nas suas decisões reprodutivas com segurança e qualidade nos serviços.

Salientamos que a construção prática dos direitos reprodutivos é fruto de movimentos reivindicatórios e de mudanças das condições sociais das mulheres, na busca de igualdade e equidade, incorporando esses direitos como direitos humanos básicos e fundamentais.

Entendemos como direito reprodutivo, o pleno exercício da sexualidade e reprodução humana, garantidos pelo Estado sem discriminação.

5. Aborto e a Legislação Brasileira

Ao abordar a questão do aborto no Brasil através do aparato jurídico, nos deparamos com questões que se encontram diretamente ligadas à resistência de setores políticos, religiosos e civis da sociedade, que ainda entendem como função social da mulher a reprodução.

A criminalização da prática abortiva passa a ser oficial no Brasil através da promulgação do Código Criminal do Império em 1830²⁴, titulando o aborto como crime contra a segurança da pessoa e da vida. Esta visava à punição àqueles que impediam o crescimento de uma população nacional.

Até o momento não havia punição para o auto aborto, pois não se atribuía à mulher qualquer atitude criminosa pelo consentimento da realização do aborto praticado por terceiros, posicionamento este que se altera com o decreto 847 de 11 de outubro de 1890²⁵, onde se estabeleceu atenuantes no caso do aborto praticado voluntariamente para ocultar a desonra própria, ou quando a gestante se encontra em risco de morte, desde que em ambos os casos a prática seja realizada por médico ou parteira, com a finalidade de salvar a vida da gestante.

O Código Penal seguinte promulgado em 7 de Dezembro de 1940 vem reafirmar as condições de legalidade já estabelecidas, através do Código Penal Republicano de 1890²⁶. O fato de terem se passado cinquenta anos para promulgação de um novo código penal, não significou que a sociedade brasileira tenha avançado no que se refere ao papel da mulher na sociedade, o

²⁴ Art.199-Occasionar aborto por qualquer meio empregado interior ou exteriormente com consentimento da mulher pejada – Penas: de prisão com trabalho por um a cinco anos. Se este crime fôr commettido sem consentimento da mulher pejada. Penas: dobradas

Art. 200- Fornecer com conhecimento de causa drogas ou quaisquer meios para produzir o aborto, ainda que este não se verifique. Penas: de prisão com trabalhos por dois ou seis anos. Se este crime for cometido por médico, boticario, cirurgião ou praticante de tais artes. Penas: Dobradas

²⁵ O primeiro código penal da República trata a questão da punibilidade do aborto nos artigos: 300, 301, 302.

²⁶ Art. 124 - Provocar aborto em si mesmo ou consentir que outrem lho provoque:

Pena - detenção, de um a três anos.

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de 3 (três) a 10 (dez) anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante: Pena - reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

Art. 127 - As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

que explica a estagnação dos artigos do código penal que abordam a questão do aborto.

Desde 1940 o código penal brasileiro não sofreu nenhuma alteração no que tange ao tratamento da questão do aborto, fato que torna seus artigos obsoletos, pois não retratam o movimento histórico da sociedade, que traz consigo avanços no reconhecimento de direitos femininos como a igualdade de gênero e autonomia reprodutiva. A não alteração destes artigos traz consequências sociais e financeiras para o Estado, pois a criminalização do aborto não garante que o mesmo ocorra. Pelo contrário, apesar de ilegal a prática é realizada no Brasil nas diferentes classes sociais existentes, sejam elas carentes ou abastadas. A questão financeira é um fator determinante nesta problemática, pois possibilita o acesso ao serviço de abortamento seguro, apesar de ilegal, às mulheres que possuem poder aquisitivo. Em contrapartida, a outra parcela da sociedade, geralmente excluída, busca exercer autonomia sobre seu corpo por meio de métodos alternativos, colocando em risco a própria vida, gerando altos gastos por parte dos serviços de saúde pública²⁷ no atendimento às mulheres portadoras de seqüelas provenientes da realização de abortos inseguros.²⁸

Apesar da atual permanência de antiquados artigos no Código Penal brasileiro, conforme já evidenciado, a promulgação da Constituição de 1988 trouxe a possibilidade de avanços significativos no ordenamento jurídico brasileiro e na sociedade em geral.

Embasada em princípios dos direitos humanos, garante um Estado laico e democrático, incorporando direitos individuais, políticos e sociais²⁹.

Ademais, a consolidação da Constituição de 1988 oferece condições legítimas para a reformulação do Código Penal, já que não há cláusulas que defendam a vida desde o momento da concepção.

²⁷ De acordo com os dados do SUS, são cerca de 238 mil curetagens decorrentes de aborto por ano, cada uma ao custo médio de R\$ 125,00. Ficaram daí excluídos, por exemplo, os custos com internações por período superior a 24 horas, os gastos com UTI e os recursos necessários aos atendimentos de seqüelas decorrentes do aborto. (C.f. *Dossiê Aborto: Mortes Previsíveis e Evitáveis*. Op.cit, p.05.).

²⁸ Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 1992, aborto inseguro é caracterizado como “um procedimento para terminar uma gravidez indesejada realizada por pessoas sem as devidas habilidades ou em ambientes sem os mínimos padrões médicos, ou em ambos”

²⁹ Os direitos reprodutivos buscam a integração entre direitos sociais como saúde, educação, trabalho, e direitos individuais como vida, liberdade, inviolabilidade da intimidade.

Sarmiento (2006), afirma que a Constituição protege a vida intra-uterina de acordo com o desenvolvimento do embrião/feto, sendo o período de gestação um fator crucial na mensuração do nível de proteção.

Embora a Constituição Federal propicie elementos legítimos para a descriminalização do aborto, movimentos sócio-políticos opositores. Buscam argumentos jurídicos para subsidiar posicionamento contrário. Estes são encontrados no art. 5º da Constituição³⁰, art. 2º do Código Civil Brasileiro³¹. Contudo, estes argumentos são rebatidos pela Constituição de 1988 - parâmetro para as demais normativas legais – que conforme já informado, possibilita mudanças no aparato jurídico brasileiro necessários para a proteção integral dos direitos humanos das mulheres, compromisso este assumido pelo Brasil nas Conferências Internacionais de Cairo³² (1994) e Beijing³³ (1995).

Com o intuito de garantir os acordos internacionais firmados pelo Estado Brasileiro, em 2005 foi criada a Comissão Tripartite, coordenada pela Secretaria Especial de Políticas Públicas para Mulheres da Presidência da República – SPM/ PR, composta por membros do Governo Federal, Sociedade Civil e Congresso Nacional. Esta tem a função de formular propostas de lei que revisem a legislação punitiva referente à realização do aborto voluntário.

Conforme o Centro Feminista de Estudos e Assessoria – Cfemea, hoje tramitam pelo Congresso Nacional 30 projetos de lei³⁴, referentes à prática do aborto no Brasil. Destes, metade propõe tornar a Legislação menos restritiva e punitiva e o restante lutam pela permanência e ampliação da penalidade no que tange essa problemática. Num universo de 513 Deputados Federais, 166 fazem parte da Frente Parlamentar contra a legalização do aborto.

Trata-se de um tema que envolve aspectos de natureza ética, vontade política e religiosa, como também, abrange questões sócio-econômicas,

³⁰ Art. 5º. Constituição Federal: “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes”.

³¹ Art. 2º. Código Civil: “A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”.

³² Conferência Mundial sobre População Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, onde o Estado brasileiro se comprometeu a assegurar às mulheres o controle sobre sua fecundidade, reconhecendo o aborto como uma grave questão de saúde pública.

³³ IV Conferência Mundial da Mulher, realizada em Beijing em 1995, na qual o Estado brasileiro se comprometeu a assegurar o direito ao sexo sem fim reprodutivo e rever sua legislação punitiva às mulheres que realizam aborto.

³⁴ Alguns projetos de lei encontram-se no anexo 08.

psicológicas e de saúde pública. É um problema concreto, que exige uma discussão ampla na sociedade brasileira que permita nortear diretrizes para a formulação de uma política social de saúde que atenda todas às demandas e necessidades das mulheres nos casos de aborto legal e às necessidades de saúde reprodutiva.

Essa discussão e esses projetos são desnecessários para que esta decisão atinja a todos os âmbitos da sociedade civil, não se limitando a implicações de vontade política e do Poder Executivo.

6. Movimentos contra e a favor do Aborto no Brasil

Dentre os posicionamentos existentes na sociedade brasileira a respeito do aborto, pode-se apontar dois blocos ideológicos distintos que representam dois segmentos da sociedade civil: a Igreja, que se coloca contra a realização do aborto em qualquer caso e os movimentos feministas, que defendem a descriminalização do aborto e autonomia da mulher sobre o corpo. Ambos defendem a vida, e possuem como apoio personagens de influência jurídica, pública e política. São movimentos fortes, que lutam na defesa de seus interesses ideológicos, econômicos e políticos que permeiam a questão do aborto na sociedade brasileira.

Os movimentos que se posicionam contra o aborto geralmente encontram-se ligados a uma doutrina religiosa, defendem e reproduzem idéias conservadoras sobre a temática as quais atribuem à mulher a função reprodutora.

Conforme (LOLATTO, 2007, p.48):

As concepções mais conservadoras e a maior parcela das concepções religiosas contrárias à prática do aborto, atribuem à mulher o papel principal na procriação, um papel de submissão, pois ela deve ter os filhos que vierem, deve carregá-los, amamentá-los, criá-los. Será também a pessoa mais responsável pela sua educação. Arcará com as responsabilidades para o bem e para o mal. A mulher deve ser antes e acima de tudo mãe.

Desta forma, estimulam e naturalizam as desigualdades existentes nas relações de gênero, entendendo que a igualdade sexual contraria a ordem natural da sociedade e da natureza, além de gerar uma desarmonia no âmbito familiar e social.

Para aqueles que são a favor da descriminalização do aborto, o posicionamento conservador e doutrinário da Igreja Católica e dos movimentos contrários a esta prática acaba ferindo os direitos humanos e reprodutivos da mulher, e citam como exemplo o recente episódio³⁵ ocorrido no início de 2009 em que a igreja Católica excomungou a família de uma criança de 09 anos que realizou abortamento, conforme as exigências do código penal, já que sua gestação era oriunda de estupro.

Todavia, suposta homogeneidade da doutrina Católica em relação à prática abortiva oculta o debate que ocorre atualmente³⁶ na instituição religiosa a respeito da temática, ferindo assim a doutrina do probabilismo³⁷. A existência da entidade feminista Católicas pelo Direito de Decidir – CDD- BR³⁸, vem elucidar a questão da diversidade de opiniões existente dentro da instituição religiosa.

Em contrapartida, estão os movimentos que se posicionam favoráveis ao aborto, e que via de regra encontram-se ligados aos movimentos de cunho feminista, que tem como objetivo a descriminalização do aborto, o poder da mulher decidir sobre o seu corpo e sexualidade e a busca da conscientização histórica das mulheres contra a posição de inferioridade do sexo feminino enquanto grupo, diante dos homens.

Estes movimentos defende a capacidade da mulher de decidir a respeito de continuar ou não uma gestação, priorizando suas condições psíquicas,

³⁵ Matéria jornalística a respeito do fato encontram-se no anexo 07

³⁶ A opinião de teólogos da igreja nunca foi unânime, pelo contrário, mesmo após a *Apostolicae sedis* de PIO IX em 1869, qual constitui como pecado grave a interrupção da gravidez seja qual for o período gestacional, a questão do aborto sempre foi e continua sendo discutida até hoje no interior da instituição religiosa.

³⁷ Probabilismo: uma antiga doutrina que visa informação aos fiéis de uma divergência doutrinária, quando há teólogos que sustentam posições divergentes.

³⁸ Criada em 1993 é uma organização não governamental feminista de caráter ecumênico que busca justiça social e mudanças dos padrões culturais e religiosos da sociedade respeitando a diversidade por meio de lutas pró a igualdade nas relações de gênero e pela cidadania das mulheres. Além de divulgado o pensamento religioso progressista em favor da autonomia das mulheres, reconhecendo a autoridade moral e sua capacidade ética de tomar decisões sobre todos os campos de sua vida

físicas e sociais, pois conforme padrões de uma sociedade machistas, a mulher é posteriormente responsável de criar e educar seus filhos. Apesar de tamanha responsabilidade, a mulher não tem a liberdade de escolher sobre sua maternidade. Desta forma, acreditam que o aborto é um ato pensado e responsável e insistir em levar adiante uma gestação não desejada é ferir e violar sua integridade pessoal.

Apontam a Igreja como um efetivo complicador no que tange à descriminalização do aborto, pois esta continua sendo uma grande potência influenciadora na formulação de leis e Códigos Penais, apesar da Constituição de 1988 trazer a questão do estado laico.

O controle da sexualidade feminina é um movimento cultural arraigado na sociedade brasileira que desrespeita o desenvolvimento das capacidades e potencialidades dos seres humanos, principalmente da mulher.

Cabe aqui a discussão sobre o fato das ações do Estado deverem apresentar neutralidade entre seus representantes, pois o uso de juízo de valor em exercício público dificulta e impossibilita o reconhecimento do problema social, no caso específico da criminalização do aborto e consequentemente não a amplia, não garantindo o acesso à população a um serviço de saúde adequado, que respeite a pluralidade e diversidade dos cidadãos.

7. Histórico da saúde no Brasil

Suscitar a trajetória de Política de Saúde no Brasil se faz necessário para compreender os impasses atuais que norteiam essa política e como estes se correlacionam com a problemática do aborto, já que esta sofre influência direta das transformações econômicas, políticas e sociais.

No século XVIII as ações de saúde eram norteadas por ações filantrópicas e práticas liberais, não havendo interferência do Estado. Já no século XIX, devido a transformações econômicas e políticas, surgem as primeiras iniciativas de saúde pública, porém estas ligadas ao movimento de trabalhadores, que por conta de sua exposição a precárias condições de

sobrevivência³⁹ realizaram reivindicações, as quais ficaram conhecidas como movimentos.

Pensava-se neste período em uma assistência curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadorias por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para dependentes e auxílio funeral. Como se percebe a saúde abrangia uma pequena parcela da população, os assalariados, dos quais era descontada mensalmente uma parcela de seus pagamentos para o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS.

No século XX, mais precisamente na década de 30, por conta do processo de industrialização, o surgimento de políticas sociais como respostas às reivindicações dos trabalhadores respondem, de forma superficial, às questões sociais emergentes no momento.

Como modo de intervenção do Estado por meio de políticas, evitando assim o enfrentamento com movimentos trabalhistas reivindicatórios, formula-se uma política de saúde organizada em dois subsetores: Saúde Pública – que previa condições sanitárias mínimas para a população urbana e do campo, campanhas sanitárias contra endemias e controle de formação de técnicos em saúde pública e outro setor: Medicina Previdenciária – voltada para assalariados urbanos e seus beneficiários.

Nos anos que antecedem à ditadura, não há melhorias sanitárias e não foi possível eliminar as doenças infecciosas e parasitárias, aumentando assim as taxas de morbidade e mortalidade infantil e adulta. Já na ditadura, de 1964 a 1974, há uma unificação da Previdência Social – (INPS) com o Instituto de Aposentadorias e Pensões – (IAPS) e uma grande expansão da cobertura previdenciária com ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, comandadas pelo setor privado.

Uma mudança significativa nesse âmbito vem na década de 1980 e a saúde passa a ter uma dimensão política, vinculada à democracia, com a promulgada e implementação da Constituição Federal de 1988, trazendo no artigo 196 que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” e garantido mediante políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de doenças e permitam o acesso universal e igualitário aos serviços.

³⁹ Operários migravam das zonas rurais em busca de trabalho e acabavam ficando aglomerados em volta das fábricas, em lugares insalubres, expostos a doença.

Com a conscientização da sociedade da necessidade de um serviço de saúde com qualidade, já previsto constitucionalmente, a população se organiza em movimentos sociais pela luta dos direitos da pessoa humana e igualdade nos serviços de saúde, pressionando assim as áreas afins para mudar o conceito de saúde vigente. Foi em 1970, com a pressão desses movimentos, faz-se o “Movimento da Reforma Sanitária”, criando-se o Sistema Único de Saúde – SUS, composto por instituições governamentais, filantrópicas e privadas com a coordenação do Ministério da Saúde – MS e cabendo aos Estados e municípios a execução dos serviços, com abrangência nacional, nas responsabilidades das esferas Federal, Estadual e Municipal, devendo abranger o atendimento emergencial, prevenção às doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde.

Com a municipalização, os serviços são organizados a partir das necessidades da demanda de cada município que usa esses serviços.

Suas principais características:

- 1- Universalidade – atender o cidadão, independente de sua condição social;
- 2- Integralidade – interação no atendimento coletivo e individual ao longo da vida;
- 3- Equidade – todas as pessoas têm acesso, conforme sua necessidade;
- 4- Descentralização – a execução dos serviços é do Estado ou Governo Federal e do Município;
- 5- Racionalização – aproveitamento de recursos para a saúde de cada comunidade;
- 6- Eficácia e eficiência – trabalhar na resolução de qualquer problema com qualidade;
- 7- Controle social – acesso da sociedade civil nas tomadas de decisões acerca das políticas de saúde.

Com a descentralização dos serviços de saúde para os municípios, não diminuiu a fila de espera e nem melhorou o serviços público. O Brasil está muito distante de ter uma política de saúde capaz de abranger com qualidade e agilidade a população que mais precisa desses serviços. Vale informar que mesmo as pessoas que pagam por planos de saúde também podem utilizar esses serviços, sendo que os mesmos, necessitando de um atendimento mais

complexo, o qual o pano não consegue atender, acabam passando na frente dos que estão na fila de espera, por se tratar de um caso em que o SUS tem parcerias com o plano privado. Este cenário passa a imagem de que o SUS foi uma conquista popular advinda de movimentos populares, mas que está muito distante dos princípios de equidade e igualdade.

7.1 Morte Materna

Como já dito anteriormente, no Brasil a maioria das conquistas se deve a lutas e reivindicações, o que não é diferente no que tange à questão feminina, marcada por anos de luta pela igualdade de gênero e pela liberdade de decidir sobre o seu corpo e sexualidade. Mesmo com algumas conquistas as mulheres ainda sofrem discriminações, preconceitos e são as menos favorecidas no que tange à criação e implementação de políticas públicas. A necessidade de se pensar nessas políticas se dá pelo número de mulheres que morrem em decorrência de morte materna no país.

Segundo o Ministério da Saúde, nos países desenvolvidos, a morte por causas maternas está entre as últimas causas. Já no Brasil, está entre as dez primeiras.⁴⁰ As principais causas diretas de morte materna são: Complicações na gestação, hemorragias, infecção, aborto, parto ou puerpério.

A morte materna no Brasil apresenta um indicador de desigualdades sociais, pois ela reflete o grau de desenvolvimento econômico e social de cada localidade, ou seja, as regiões menos desenvolvidas, como no caso do nordeste, têm o número de morte materna maior.

Salienta-se que entre as principais causas de morte materna, o aborto é a quarta causa, superado apenas pela hipertensão arterial, hemorragias e infecções. Conforme dados levantados pelo Ministério da Saúde – MS, essas mortes atingem mais as mulheres que tem uma condição social baixa, porque as de melhor condição econômica utilizam os serviços de clínicas e especialistas, onde o risco de complicações é bem menor.

Estas mortes, que poderiam ser prevenidas com implementação de medidas educativas e informativas na área da saúde, pois cerca de 98% do

⁴⁰ Ministério da Saúde / Data SUS, 2001.

total de óbitos maternos no país são evitáveis, expressando assim um problema social a ser discutido na sociedade como um todo.

8. Políticas Públicas para Mulheres

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto, ou então aos programas maternos infantis, que até a década de 70 explicitavam o papel social que a mulher ocupava na época. Esses visavam às ações materno infantis como proteção aos grupos de risco de maior vulnerabilidade, como criança e gestantes.

Salienta-se que antes da reformulação desse conceito a política de saúde voltada ao âmbito feminino restringia-se ao período puerperal⁴¹, conforme afirmam Cavalcanti e Zucco, (2006).

No final da década de 1970, o movimento da Reforma Sanitária, possibilitou uma nova concepção de saúde, entendendo esta não somente sob a perspectiva biológica, mas também cultural e social, passando-se a pensar o indivíduo como ser um social e suas respectivas relações sociais.

Inicialmente no SUS criou-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM. Esse programa propunha uma assistência as mulheres em todas as necessidades de saúde, desde a infância até a velhice, com distinção da necessidade de cada fase. O programa propicia às mulheres maior conhecimento sobre seu corpo, saúde da mulher relacionada ao trabalho, cuidados durante o pré-natal, parto e puerpério, do começo da gestação até 45 dias depois, atendimento voltados a complicações resultantes de aborto ou que necessitem de aborto previsto por lei e mulheres vítimas de violência doméstica e sexual.

Posteriormente, o Ministério da Saúde, no ano de 2004, elaborou e criou a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e

⁴¹ Puerpério: o nome dado à fase pós-parto, em que a mulher experimenta modificações físicas e psíquicas, tendendo a voltar ao estado que a caracterizava antes da gravidez.
<http://pt.wikipedia.org/> acesso 02/05/2009: 13:30

Diretrizes”⁴² como resposta às reivindicações de movimentos formados pela sociedade e setores afins. Esse plano tem como objetivo implementar ações de saúde que garantam os direitos humanos, reduzindo as mortes maternas evitáveis. O documento busca incorporar os direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual, atendimento a portadoras de doenças crônicas e câncer ginecológico.

Essa política foi criada para abranger 26 Estados e o Distrito Federal, conforme as necessidades de cada município usuários do SUS, porém é conhecida a dificuldade de acesso aos bens e serviços que a promovam e recuperem a saúde por parte da população.

Cabe ressaltar que as políticas voltadas ao atendimento e necessidades exclusivas femininas garantidas e executadas pelo SUS, encontram-se inteiramente ligadas aos interesses políticos e econômicos do sistema capitalista vigente. Conforme observa Iamamoto e Carvalho (1991) as políticas públicas ao serem executadas respondem a interesses antagônicos tendo como função a mediação entre as duas esferas. Esta idéia está explicitada na portaria do Ms/GM nº 2.816, pois ao mesmo tempo em que visa à redução da cesariana através do incentivo ao parto normal, justifica esta ação como forma de evitar complicações decorrentes deste procedimento.

9. Papel do Assistente Social na execução das políticas de Saúde

A implantação de um novo modelo de saúde brasileiro – através do Sistema Único de Saúde - SUS trouxe consigo a descentralização dos serviços. Este fato gera impactos diretos e paradoxais no campo de atuação do Serviço Social na saúde.

A concepção de saúde como um direito social universal, agrega fatores econômicos, sociais, biológicos e culturais como: habitação, alimentação, educação, compreendendo a saúde sob o contexto ampliado que visa trabalhar

⁴² www.saude.mulher@saude.gov.br. Acesso em 02/05/2009: 11:00.

o indivíduo de forma integral, entendendo que sua existência depende de fatores externos. Este contexto torna obsoleta a visão de saúde como ausência de doenças. Cabe salientar que esse conceito trouxe uma ampliação na área de atuação do profissional, tornando fundamental a inserção do Assistente social na área da saúde.

Conforme Costa (2007), a saúde é um setor que no cotidiano deixa muito claro a necessidade da existência da profissão junto às demandas e equipes dos serviços públicos e privados. Diferente de outras áreas de bens e serviços, a saúde não tem redução da força de trabalho, pois os serviços antigos não são extintos em função de novos. Há um aumento de profissionais na área da saúde, devido à ampliação do número de subunidades de serviços e da divisão sócio-técnica do trabalho.

Todavia, ao tratar da totalidade em que está inserido o indivíduo, deve-se evidenciar a questão de gênero como um fator relevante a ser considerado, haja vista a função subalternizada da mulher inserida em uma sociedade patriarcal que legitima a assimetria entre as relações de gênero.

A esse respeito (SOUZA, 2007, p. 79) afirma:

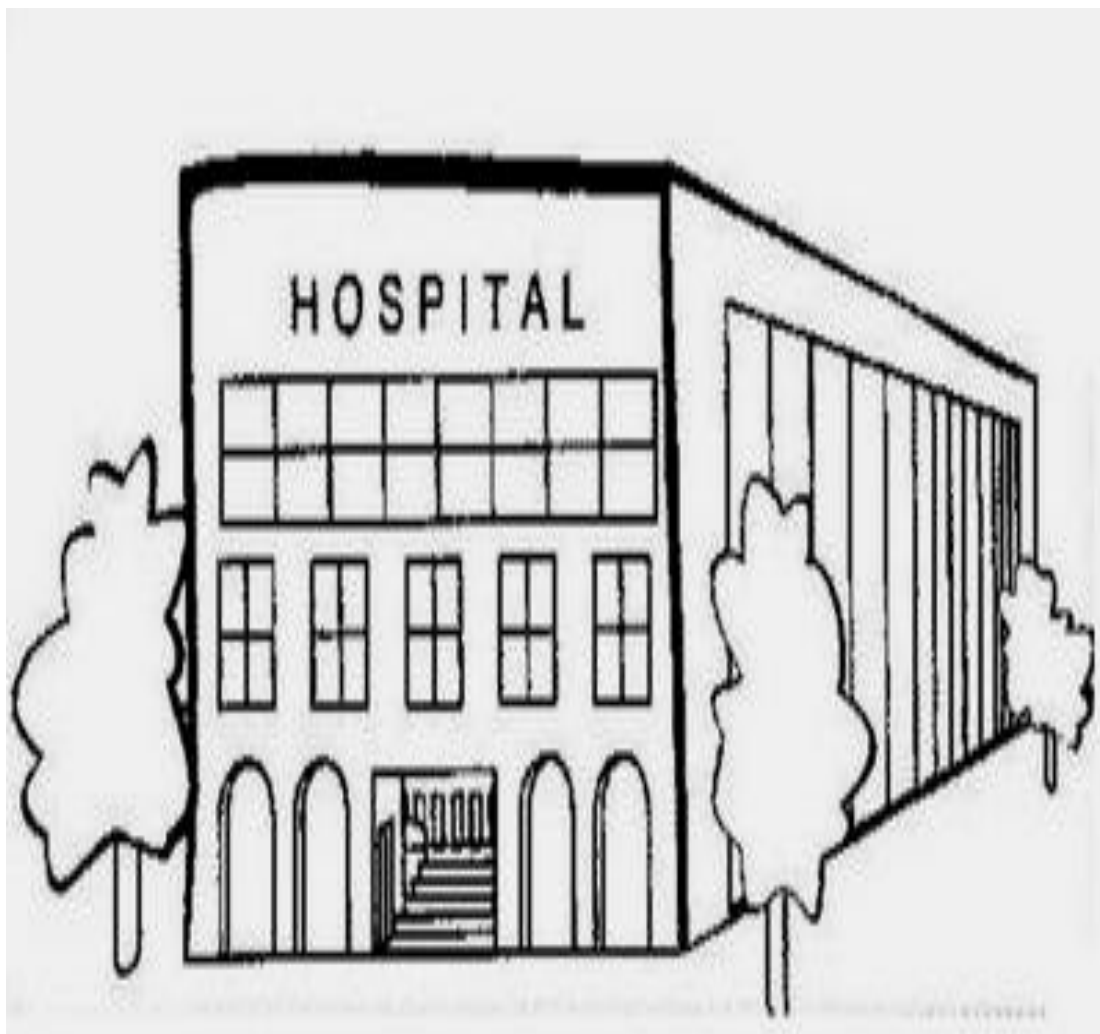
Durante várias décadas, ignorou-se as influências socioeconômicas como determinantes da situação de saúde das populações. Atualmente, ainda permanecem muitas reticências para reconhecer que a construção social do feminino e do masculino, o que chamamos de sistemas de gênero, determina a condição social de mulher e homens, e, também, que dada a desigualdade de poder entre eles, o gênero como fator explicativo da situação de saúde das mulheres é de maior importância.

Diante da complexidade de tal contexto, responder as questões advindas de uma sociedade que possui relações diversificadas, contraditórias e conflituosas, a prática profissional deve ser fundamentada em parâmetros teóricos que visam a garantia da diversidade, pluralidade e equidade. Ademais, o profissional deve ter uma visão sensível e crítica, que permita realizar uma análise da realidade transpondo uma prática burocratizada e alienante, que busca estratégias políticas que visam a defesa de direitos e promoção social.

Desta forma a atuação do Assistente Social na instituição de saúde se caracteriza pela viabilização de informações, acesso às ações educativas, implantação de alternativas de enfrentamento dos problemas de atendimento ao usuário, possibilitando que o mesmo se reconheça como um sujeito de direitos e se aproprie destes, que por sua vez foram legitimados a partir da implantação do SUS. Deve-se salientar que a prática profissional tem caráter mediador já que atende os interesses de demandas opostas, ou seja, ao propiciar um atendimento de qualidade à população que procura os serviços de saúde, coloca em evidência o desempenho institucional. No que se refere à atuação profissional (CAVALCANTI e ZUCCO, 2008, p. 79) afirmam:

O assistente social intermediará a relação entre o dever do Estado e o direito à saúde do cidadão. Para tanto, intervém de tênue limite entre o cumprimento de direitos dos usuários e o respeito às normas institucionais, que em algumas situações dificultam a entrada no sistema de saúde, sendo este conflito uma das expressões dos embates sociais. Por vezes, o profissional responderá à demanda dos usuários dos serviços com ações imediatistas e emergenciais, sem, no entanto, perder de vista a noção do direito e o princípio da integralidade, que permeiam a visão de totalidade.

Desta forma, para que o Assistente Social consiga enfrentar os desafios que permeiam sua atuação profissional, se faz necessário o conhecimento das políticas sociais, da demanda usuária do serviço e de interesses políticos e institucionais que envolvem a questão do acesso ao direito.



2º Capítulo

“O reconhecimento da humanidade das mulheres significa atribuir-lhes o controle sobre sua capacidade biológica de gerar um novo ser. Assim, moral, em uma sociedade, é estender a todas as mulheres o bem que significa a possibilidade de interferir no próprio poder criativo e não deixá-las sujeitas ao capricho de um acidente biológico”.

Maria José Rosado Nunes

Capítulo II

Esse capítulo tem o intuito de apresentar a Instituição utilizada como campo de pesquisa, a atuação da equipe multidisciplinar do Programa Aborto Legal existente no Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Sabóya, conhecido como Hospital Jabaquara e o perfil das usuárias desse serviço. Apresentaremos também a pesquisa realizada na instituição com os profissionais atuantes no programa e a análise feita com os dados coletados.

Por conta da ausência de material bibliográfico institucional, utilizaremos dados coletados juntamente com uma das profissionais de Serviço Social⁴³ do Programa Aborto Legal. Dessa forma nos aproximamos da história do programa e atuação do Serviço Social no mesmo.

2. Contexto Histórico da Implantação do Programa Aborto Legal.

Conhecer o campo de pesquisa não se limita a trazer dados específicos da Instituição ou do Programa⁴⁴, que será analisado. Para tal, se faz necessária a contextualização da implantação da política pública no segmento de gênero, no município de São Paulo, que foi inicialmente viabilizada através do Programa Aborto Legal no Hospital Arthur Ribeiro de Sabóya, conhecido como Hospital Jabaquara.

Conforme já descrito, a legitimação jurídica do aborto ocorreu através da promulgação do Código Penal da República em 1890 e reafirmado com o novo Código Penal Brasileiro de 1940, que se encontra vigente. Esse preconiza o abortamento em dois casos: aborto necessário, quando não há outro meio para salvar a vida da mulher e aborto sentimental, no caso de gravidez decorrente de estupro. Contudo, apesar de possuir consentimento jurídico, o cumprimento desta lei ocorreu aproximadamente meio século após a publicação do código penal, devido à ausência de instituições públicas que viabilizasse o acesso a

⁴³ Irotilde Gonçalves Pereira: Assistente Social do Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya desde 1981, pioneira na implantação do Programa Aborto Legal no Brasil e América Latina, Coordenadora do Serviço Social e do Programa Aborto Legal do Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya.

⁴⁴ Programa Aborto Legal: serviço implantado no Brasil na década de 80 para a execução do abortamento, conforme legitimado pelo ordenamento jurídico brasileiro.

esse direito, fato que evidencia a dificuldade da sociedade brasileira em tratar essa problemática, que envolve questões de ordem política, religiosa, econômica e social.

A implantação do primeiro serviço público que garantisse o direito preconizado pela legislação se deu no município de São Paulo, por meio de inúmeros debates públicos que resultaram na formação de uma comissão que visava estabelecer condições propícias para a execução dessa política. Esta comissão foi formada por diversos segmentos da sociedade como militantes do movimento feminista, representantes de conselhos e federações médicas e juristas, personalidades políticas. Sua ação se dava através de sondagens a fim de identificar instituições de saúde que possuísem profissionais sensibilizados com a problemática.

Dessa forma, a comissão era responsável pela realização de seminários, que reuniam juristas conceituados, feministas, representantes de órgãos representativos de categorias profissionais ou da sociedade, como Conselho Regional de Medicina (CRM), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Comissão da Mulher Advogada - recém criada na OAB-SP-, Secretaria dos Negócios Jurídicos de São Paulo. Estes debates resultaram no recolhimento de pareceres favoráveis à implantação do serviço de abortamento - conforme código penal de 1940 - em Instituições Públicas de Saúde. Sendo assim, os documentos resultantes das discussões foram encaminhados a Procuradoria Geral do Município (PGM), que após solicitação de alteração do documento ⁴⁵ julgou adequada a reivindicação, resultando na publicação em Diário Oficial do Município da Portaria regulamentadora de nº. 692/89. Essa outorgava ao Hospital Jabaquara o direito à execução do aborto, conforme previstos no Código Penal Brasileiro.

É dentro deste contexto que em 12 de Agosto de 1989 foi criado e implantado no Hospital Jabaquara⁴⁶ o primeiro serviço público voltado para o

⁴⁵ A procuradora Arabela M. Sampaio de Castro, solicitou alterações no documento, que posteriormente foi analisado por outra procuradora, Ana Maria Cruz de Moraes, que em seu parecer julgou favorável em 16 de Maio de 1989, portaria nº 692 baixada em 26 de Abril de 1989, que segundo a mesma constituirá não só a concretização da vontade da lei, mas a efetivação de um serviço de saúde importante e necessário.

⁴⁶ Hospital Arthur Ribeiro de Sabóya (Jabaquara) identificado pelas sondagens da comissão como aquele que apresentava as melhores condições, além de contar com profissionais mais sensibilizados e dispostos a fazer cumprir a lei.

atendimento da mulher gestante vítima de estupro e que deseja interromper esta gestação.

Cabe salientar que o processo supracitado ocorreu durante a gestão municipal da prefeita Luiza Erundina (1989 a 1993), Assistente Social engajada nas causas de cunho feminista, o que contribuiu para o reconhecimento e execução de um direito garantido constitucionalmente há quase cinquenta anos. Segundo Irotilde, sua gestão foi formada por uma equipe de profissionais sensibilizados com a problemática do aborto, fator esse considerado um facilitador para a implantação do primeiro Programa Aborto Legal na cidade de São Paulo.

Dentre os profissionais nomeados nessa gestão, destaca-se a presença do Secretário Municipal de Saúde Dr. Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho⁴⁷, que além de ter contribuído ativamente na criação do documento que gerou a portaria 692/89, continuou buscando a ampliação dos direitos femininos. Desta forma, podemos evidenciar sua iniciativa juntamente com a deputada Sandra Starling (PT) que através da apresentação do projeto de lei - PL 020/91 - procurava estabelecer parâmetros nacionais e legislação específica que garantisse atendimento para a realização do aborto, conforme previsto na Legislação Brasileira, em hospitais do Sistema Único de Saúde – SUS, pois na ausência de norma federal os serviços existentes - Hospitais ou Maternidades - dependiam de portarias Municipais, Estaduais ou Universitárias para a realização do procedimento abortivo.

Diversos embates políticos e religiosos resultaram no atraso da admissão de normas legais que padronizassem os serviços de aborto – em casos garantidos por lei - nos hospitais públicos que atendem esta demanda. Desta forma, somente após 10 (dez) anos da primeira implantação do serviço brasileiro de Aborto Legal (1989) é publicada a norma técnica para “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, a ⁴⁸qual padroniza o programa na rede pública de saúde.

Esta dispõe de regulamentações que determinam que o atendimento do Programa não se restrinja ao ato abortivo, mas atenda também ao contexto

⁴⁷ Médico sanitarista comprometido com a reforma sanitária, questões de direitos e com a criação do SUS.

⁴⁸ Norma Técnica apresentada em anexo 01.

psicossocial que envolve a ação. Sendo assim, prevê uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, advogados e assistentes sociais. Estes profissionais, através de um consenso, são responsáveis pela decisão final que envolve a realização ou não do procedimento e compõem uma rede que deve oferecer apoio laboratorial para diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis – DSTs e Aids prevenção profilática de DSTs; garantia de atendimento psicológico, coleta e guarda de material para realização de exame de DNA, caso necessário, utilização de anticoncepcional de emergência, interrupção da gestação até 20 semanas, acompanhamento de pré-natal quando a gestação ultrapassar o período de 20 semanas, ou quando a gestante optar pela não interrupção da gestação. Contudo, para ter acesso ao abortamento eram necessários: Cópia do Boletim de Ocorrência (BO), registrando a agressão sofrida com até 15 dias da mesma e munida de laudo pericial do Instituto Médico Legal (IML).

Apesar da promulgação da Norma Técnica, a questão da obrigatoriedade do Boletim de Ocorrência era motivo de discussões entre grupos favoráveis ou não dessa condicionalidade, pois não é evidenciado no Código Penal Brasileiro em seus artigos que tratam a questão, além de expor a mulher em situação desconfortável. A este respeito (TALIB e CITELI, 2005, p.21) afirmam:

Dentre os que defendem o acesso das mulheres aos serviços, embora seja unânime o reconhecimento da importância dessa regulamentação para a criação de novos serviços e a regulamentação dos mesmos, a exigência de apresentação do BO vinham sendo considerada exagerada, por dois motivos. Primeiro, por que o artigo 128 do Código que dispõe sobre os permissivos não prevê qualquer condição e, depois, porque é muito comum as mulheres serem intimidadas por seus agressores para que não prestem queixas da violência sofrida.

Sendo assim, após diversas discussões, em 2005 é alterada a Norma Técnica de “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, extinguindo a obrigatoriedade do Boletim de Ocorrência – BO.

Julgamos importante realizar um resgate histórico da criação e implantação deste serviço no Brasil, visto que a problemática do aborto, traz em seu bojo grandes discussões que permeiam interesses políticos, econômicos e sociais da sociedade brasileira. Abordar esses impasses possibilita a visualização de uma “barreira”, que é imposta por diversos setores da sociedade, quando se trata de viabilizar e ampliar o pleno acesso a políticas públicas que garantam os direitos sexuais e reprodutivos femininos. Enfim, após vinte anos da inauguração do primeiro serviço de Aborto Legal no Brasil, houve um tímido avanço na implantação deste serviço no território brasileiro, haja vista, o fato de haver atualmente 21 (vinte e um) Estados brasileiros que possuem o serviço de abortamento legal. Estes serviços se encontram geralmente nas grandes capitais, o que demonstra a escassez do serviço de abortamento e a dificuldade de acesso da população que reside longe dos grandes centros urbanos.

2.1 - Conhecendo o Programa Aborto Legal no Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya – Hospital Jabaquara

Inaugurado em 25 de Maio de 1981, o Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Sabóya foi projetado para atender pacientes politraumatizados, em consequência de acidentes graves ou de grandes proporções, ou seja, seus serviços visam atendimento de emergência / urgência. Entretanto, por conta da diversidade das demandas que chegam ao atendimento, este equipamento de saúde vem adaptando seus serviços com o intuito de assumir um caráter mais inclusivo de suas ações de saúde, atendendo assim as mais diversas necessidades da população que chega à sua porta. Desta forma, se tornou um Hospital de médio porte⁴⁹ tendo como parte de sua infra-estrutura 150 leitos e atendendo mensalmente cerca de 18.000 pacientes. Dentre as especialidades oferecidas pelo hospital, destaca-se o setor de Obstetrícia⁵⁰, onde está localizado o Programa Aborto Legal.

⁴⁹ É considerado Hospital de médio porte a Instituição que possui capacidade física de 51 à 150 Leitos. www.bvsmms.saude.gov.br. 07/06/2009.

⁵⁰ Obstetrícia é o ramo da medicina que estuda a reprodução na mulher. Investiga a gestação, o parto e o puerpério nos seus aspectos fisiológicos e patológicos, no caso do Hospital: o parto.

O Programa Aborto Legal, criado em 1989, tem como objetivos:

- 1 - Atender mulheres/crianças vítimas de violência sexual, através da orientação sobre procedimentos abortivos, permitidos por lei, oferecendo orientação e acompanhamento nos casos de gestação que ultrapassa o período de 20 semanas, ou quando não é da vontade da gestante realizar a interrupção da gravidez. Em ambos os casos as mulheres são direcionadas e acompanhadas para a realização do pré - natal e após o nascimento da criança, caso seja da vontade da mãe ou responsável, ocorre o encaminhamento para doação do recém-nascido.
- 2 – Oferecer também todos os procedimentos preconizados conforme a Norma Técnica de 2005⁵¹ “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, entre eles exames laboratoriais, e procedimentos profiláticos⁵². Os procedimentos profiláticos, possui a função de evitar doenças e sua propagação, incluem o fornecimento do contraceptivo de emergência. A Assistente Social Irotilde afirma que este recurso tem evitado o aumento de gestações decorrentes de estupro, e posteriormente a diminuição de interrupções gestacionais. Para realização do aborto, o Hospital disponibiliza 1 (um) quarto com 2 (dois) leitos. Segundo informações de Irotilde, este quarto encontra-se reservado para que a paciente atendida no programa não tenha contato com outras parturientes, buscando preservar a integridade física e psíquica da mesma. Segundo sua avaliação não há necessidade da ampliação do espaço físico para internação, pois os procedimentos abortivos são pré agendados, evitando que a realização deste método seja superior a um procedimento ao dia.

O acesso a este serviço ocorre por meio de encaminhamentos oriundos da rede de saúde de todo Brasil, delegacias, Organizações Não-Governamentais – ONGs, além da demanda espontânea, que conforme relato da assistente social acaba conhecendo o serviço através do portal eletrônico da prefeitura de São Paulo. Contudo, cabe salientar a importância da mídia na ampliação do acesso a essa política. A divulgação do serviço de abortamento legal possibilitou a propagação do conhecimento desse direito - ainda

⁵¹ Norma Técnica apresentada em anexo 02

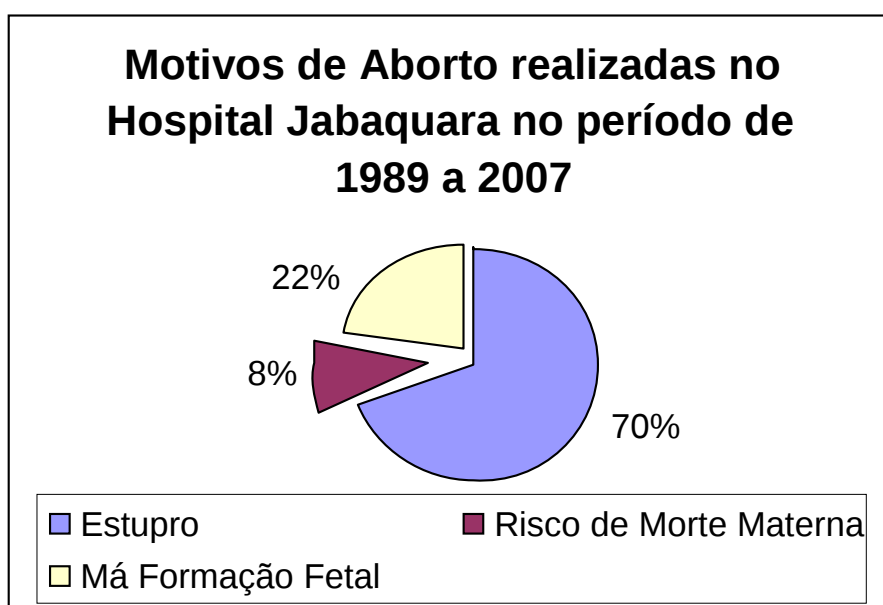
⁵² Profilaxia: aplicação de meios tendentes a evitar as doenças ou a sua propagação.

desconhecido por muitos – e como ter acesso ao mesmo, por meio de um serviço público, que possibilita o ingresso de todos que necessitam.

2.2 – Perfil dos Casos Atendidos

Conforme levantamento realizado no período de 1989 a 2007 pela assistente social do hospital, nota-se que o fluxo de atendimento do serviço em sua maioria é resultante de estupro em adolescentes/crianças com faixa etária entre 10 a 18 anos.

Gráfico 01



Fonte: Informações coletadas junto a Instituição em Julho 2009

Nota-se que dentre os casos de abortamento garantido pelo código penal brasileiro - gestação resultante de estupro ou gestação que coloca em risco a vida da mulher – representam mais de 50% da demanda é oriunda de casos de estupro e apenas 8% advém de risco de morte materna. Outra questão evidenciada deve-se ao número de procedimentos decorrentes de má formação ou incompatibilidade com a vida. Estes passaram a ser atendidos pelo Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya somente em 1999, e atualmente ultrapassam os atendimentos realizados por risco de morte da gestante.

Segundo Irotilde, o método utilizado para as realizações abortivas sofreu alterações no decorrer dos anos. Até o ano de 1993 ou 1994 (não se sabe ao certo) faziam uso do Misoprostol, porém durante uma especialização realizada em Bogotá ficou conhecendo o Método de Aspiração Manual Intra Uterina – AMIU, considerada uma técnica mais segura, menos agressiva e dolorosa para a mulher. A partir de então, buscou informações sobre como importar este método para o Brasil e trouxe uma equipe americana para realizar capacitações com a equipe multidisciplinar do Hospital Arthur Ribeiro de Sabóya.

Todavia, cabe informar que durante o processo de inserção do método AMIU, ocorreu uma divergência de informações, pois, conforme afirmam Talib e Citeli (2005) a introdução desta técnica no Brasil ocorreu através de capacitação realizada por uma Organização Não Governamental (ONG) internacional intitulada como Coletivo Feminista, que possui uma sede no Estado de São Paulo e garantiu o treinamento de médicos em uma clínica de outro país da América do Sul para a realização desta técnica.

Apesar da técnica de aspiração manual intra-uterina (AMIU) ser considerada um avanço para as realizações abortivas, salienta-se que seu uso só é indicado até a 10ª semana de gestação, caso contrário utiliza-se o Misoprostol.

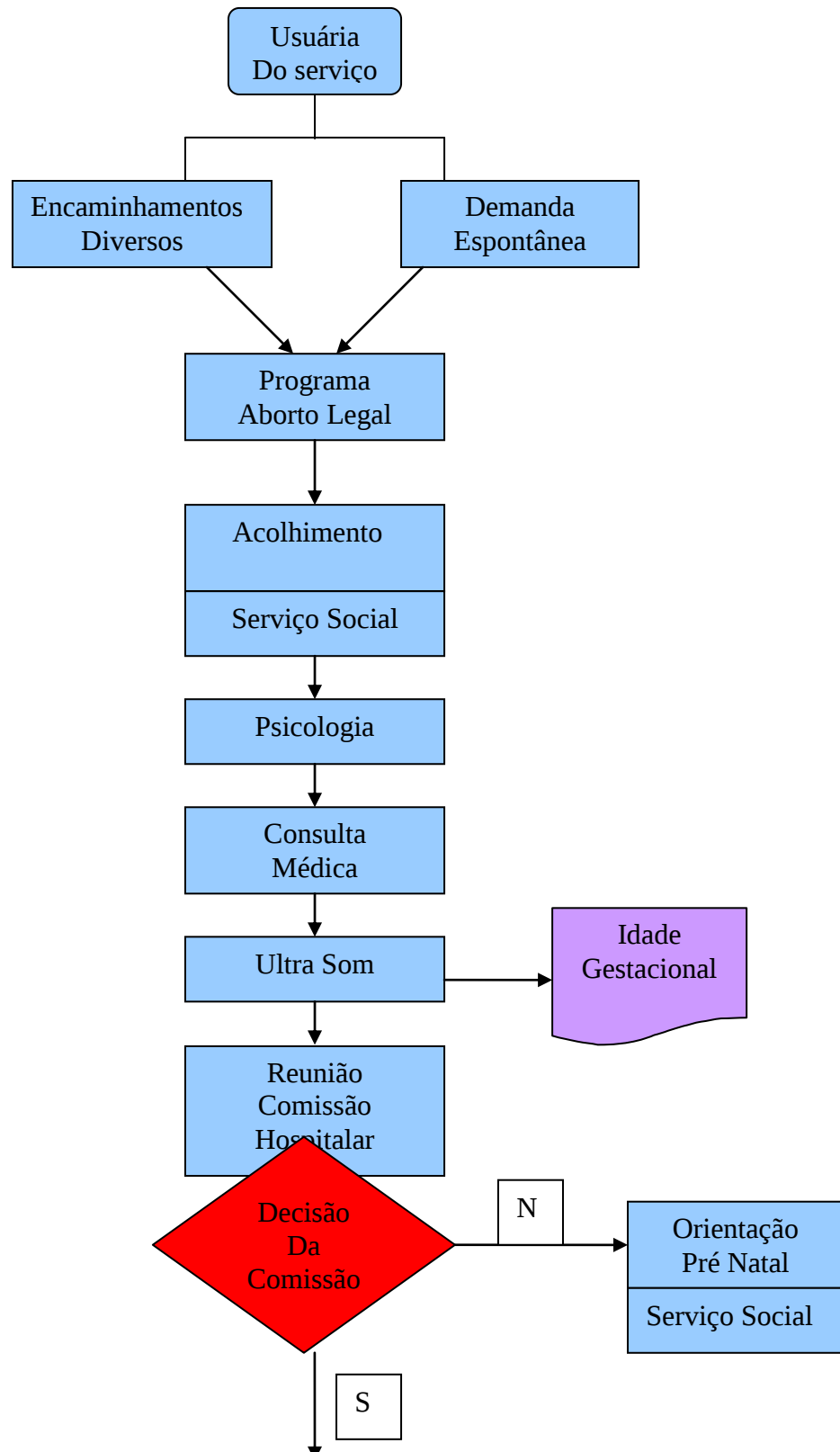
Segundo afirmação da Assistente Social o Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya, dispõe de todos os materiais necessários para realização do processo de interrupção de gravidez, assim como medicamentos para o cumprimento da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexuais contra Mulheres e Adolescentes.

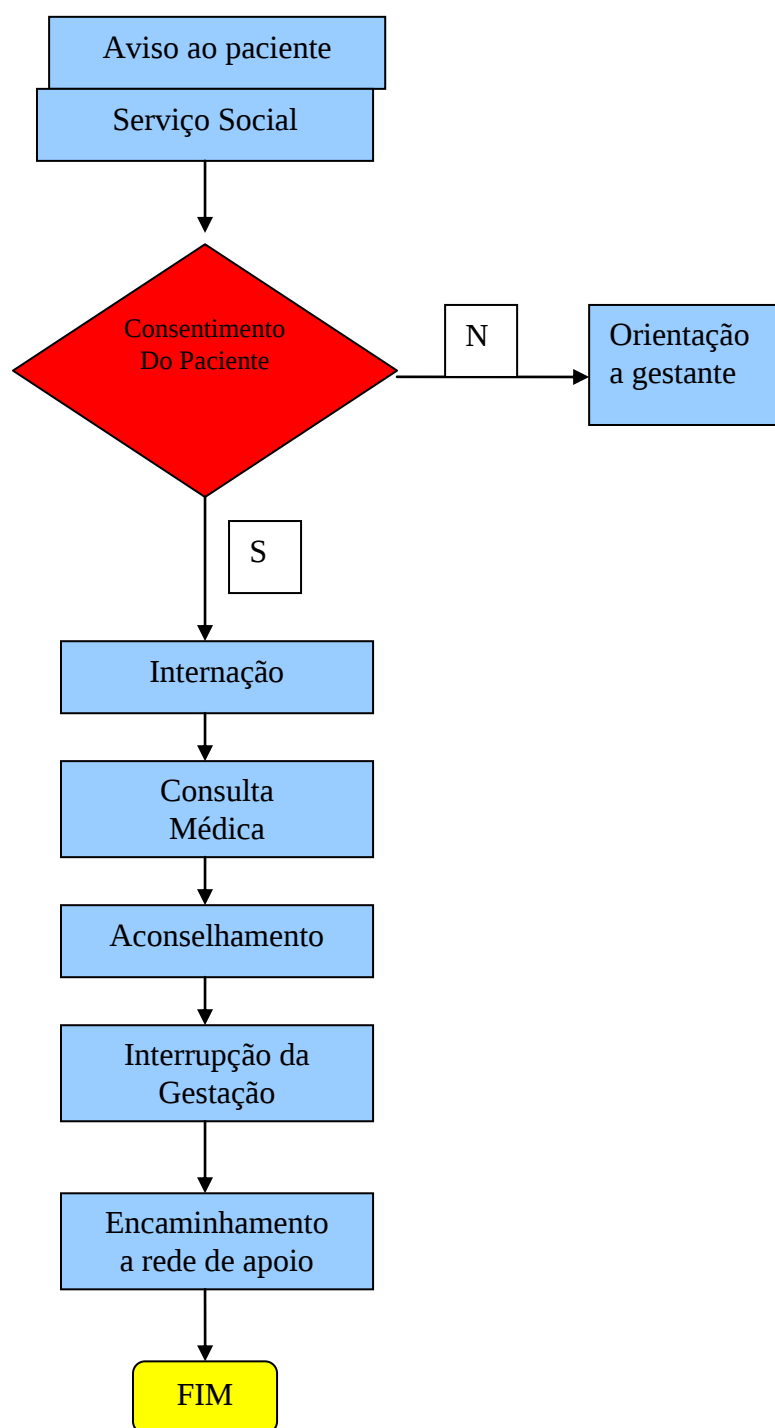
Conforme manual elaborado em 1996⁵³, os atendimentos do serviço do Programa de Aborto Legal do Hospital Jabaquara no período de 1989 a 1996, possuem a estrutura adequada capaz de atender as demandas que surgem, devido à ampliação e criação de novos serviços institucionais voltados para a saúde reprodutiva das mulheres no Brasil. Percebe-se que a coordenação do Hospital e do setor de obstetrícia aparentemente são sensibilizados com a

⁵³ Manual para o estabelecimento de um serviço de atendimento para aborto previsto por lei, material este concedido pela Assistente Social Irotilde.

questão do aborto, não demonstrando resistência à adesão ao Programa e ampliação dos recursos, tornando o Hospital referência e modelo para os demais serviços do tipo.

2.3 – O Serviço Social no Programa Aborto Legal





Conforme fluxograma apresentado, nota-se que o Serviço Social ocupa lugar crucial no programa Aborto Legal, caracteriza-se por ser a porta de entrada do Serviço, possui a função de realizar a acolhida da usuária, assim como orientar sobre o serviço, esclarecendo sobre a questão de direitos, procedimentos clínicos e jurídicos, trabalhando com a família do usuário.

Como corpo técnico, o setor de Serviço Social do Programa Aborto Legal é composto por duas Assistentes Sociais, as quais fizeram parte da pesquisa através de entrevista. Conforme relato da Assistente Social Irotilde, não existe um fluxo fechado de atendimento, as demandas chegam diretamente ao Serviço Social que é a porta de entrada para essas mulheres. Elas não precisam passar pelo Pronto Socorro - PS ou esperarem em filas, pois o atendimento é diferenciado para essa demanda.

As Assistentes Sociais são responsáveis pelo acolhimento das mulheres. Esse acolhimento é seguido de uma entrevista, que tem como objetivo verificar todas as questões sociais que envolvem essa problemática, conhecimento da história de vida dessas mulheres, apoio psicossocial na decisão da paciente em relação à gestação, esclarecimentos sobre os seus direitos, orientação e encaminhamentos para benefícios da comunidade e orientação sobre a importância de abertura de boletim de ocorrência. O atendimento social às vítimas de violência, tanto na ocorrência imediata ou remota sem gravidez, como para interrupção legal da gestação, não se encerra em uma única entrevista. O acompanhamento dos casos ocorre espontaneamente conforme necessidades manifestadas pelas usuárias

As entrevistas variam de caso, mas ocorrem em média 3 (três) entrevistas, que não se estende apenas a usuária, mas também aos familiares e/ou correlacionados. Após as entrevistas, o Assistente Social dá o seu parecer e direciona a usuária ao psicólogo e o médico, que integram a equipe do programa. A usuária então, passará por avaliações psicológicas e exames, que comprovarão as informações relatadas por ela e se a idade gestacional está dentro dos parâmetros exigido para fazer a interrupção.

Conforme Irotilde, em todos os acompanhamentos a usuária é direcionada e acompanhada pela equipe do Serviço Social, que oferecem respeito e apoio a essas mulheres seja qual forem suas decisões.

Todos os profissionais da equipe, cada um com sua especificidade, fazem um parecer do caso, é agendada uma reunião multidisciplinar entre Assistente Social, psicólogo e médico, em que é discutido e avaliado cada parecer, chegando-se a um consenso e posterior agendamento da interrupção, se for da vontade da paciente. Caso contrário a mesma é direcionada para o programa de pré-natal.

Verifica-se que o Serviço Social do Hospital consegue atender as demandas que surgem, fazendo uso de instrumentais como entrevistas, orientações, estudos de caso e encaminhamentos.

3. Metodologia

3.1 - Coleta de Dados

Com o intuito de atender os objetivos da pesquisa que trata de uma temática complexa, envolvendo questões objetivas - economia, política - e subjetivas - crença, religião, cultura - foram escolhidas para abordagem empírica do tema as metodologias qualitativa e quantitativa.

A respeito da junção dos dois métodos (MINAYO, 1994, p. 22) afirma:

O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.

A abordagem qualitativa atinge uma perspectiva principalmente subjetiva como aspirações, crenças e significados, abrangendo a complexidade das relações sociais, respondendo a questões particulares. Desta forma, é utilizada com o intuito de captar o que não encontra-se exposto por meio de dados quantificados nas relações e fenômenos.

No caso específico da pesquisa apresentada correspondem às falas dos entrevistados, englobando conhecimentos, opiniões diversas sobre o trabalho do Assistente Social e de outros profissionais frente à política pública que viabiliza o aborto legal, na instituição utilizada como campo de pesquisa, proporcionando reflexões sobre o trabalho dos profissionais atuantes no Programa Aborto Legal do Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya.

Em relação ao método qualitativo, (MINAYO, 1994, p. 24) enfatiza que:

Os autores que seguem tal corrente não se preocupam em quantificar, mas, sim, compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalham com a vivência, com a experiência, com a continuidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultado da ação humana objetiva. Ou seja, desse ponto de vista, a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis.

Já a pesquisa quantitativa, visa à apreensão de determinada realidade através da objetividade, fazendo uso de instrumentos lógicos, padronizados. Sendo assim, foi utilizado tal método para traçar um perfil das usuárias do serviço do programa.

Porém devido às dificuldades encontradas junto à diretoria do programa, não tivemos acesso aos prontuários correspondentes ao período de janeiro de 2008 a Maio de 2009, fato que comprometeu parcialmente o alcance de um dos objetivos da pesquisa, que visa traçar um perfil sócio econômico das usuárias do programa Aborto Legal. Por conta da não obtenção de dados oficiais do programa, utilizamos dados recolhidos de fontes não institucionais, no caso um caderno utilizado pelo serviço social⁵⁴, onde são realizadas anotações dos casos atendidos no programa. Salienta-se que o período dos casos para a coleta das informações não foram alteradas, ou seja, correspondem ao período de Janeiro 2008 à Maio 2009.

É importante relatar que antes de optarmos pela utilização de registros informais do programa, foram realizados contatos telefônicos diários sem sucesso no período de Julho à Setembro de 2009, além de duas visitas institucionais, com intuito de formalizar o acesso aos prontuários do programa por meio da autorização da diretoria do setor de geriatria, responsável pelo programa⁵⁵. A última tentativa de contato com a instituição ocorreu no dia 06 de Setembro de 2009 por meio de visita institucional, na qual obtivemos a informação da responsável pelo setor administrativo do programa que o acesso aos prontuários ocorre mediante documento emitido pela diretoria do hospital autorizando, processo este realizado em um período dez dias.

⁵⁴ Conforme registros coletados do período de Janeiro de 2008 a Maio de 2009 foram realizados um total de 22 atendimentos, todos seguidos de interrupção da gestação.

⁵⁵ Foi realizado um encontro entre as pesquisadoras e a diretoria do hospital em Abril de 2009, onde a mesma autorizou o acesso aos prontuários do programa, conforme descrito no projeto entregue à instituição.

Todavia, a deficiência na comunicação e burocracia da instituição não afetaram todos os objetivos da pesquisa, pois através de visitas frequentes a instituição e o contato direto com o serviço social do programa, foi possível a obtenção de informações ricas e valiosas para a conclusão da nossa pesquisa.

O marco inicial da investigação baseou-se em um levantamento de quais serviços de aborto legal existem na cidade de São Paulo. Foram estabelecidos vários contatos formais e informais com as duas instituições detectadas: Pérola Byington e Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya, também conhecido como Hospital Jabaquara. Durante estes contatos o setor de serviço social do programa do Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya se mostrou receptivo à nossa proposta. Por conta de tal receptividade marcamos nosso primeiro contato com a assistente social do Programa Aborto Legal da instituição em Fevereiro de 2008.

A partir de então começou a aproximação com o tema através de pesquisa bibliográfica⁵⁶. A escassez de produção bibliográfica a respeito da temática do aborto foi um desafio constante a ser superado durante todo trabalho, principalmente quando se trata da história do aborto no Brasil. Por conta de tal ausência literária foram necessárias diversas buscas em sites, livros, produções cinematográficas, instituições não governamentais⁵⁷ e artigos de jornais e revistas para que conseguíssemos contemplar a temática do aborto de maneira lógica.

A presença em encontros que visavam discutir a problemática do aborto foi um fator importante que merece ser relatado. Durante o período de nossa pesquisa participamos de dois encontros

- Ato na Assembléia Legislativa de São Paulo no dia 06 de Março de 2009, formado com a presença de representantes políticos e de movimentos sociais que lutam a favor da descriminalização do aborto.

⁵⁶ Segundo Minayo a pesquisa bibliográfica constitui um dos alicerces da fase exploratória. Por conta disso, ela deve ocorrer de forma disciplinada, crítica e ampla.

⁵⁷ Durante o processo de elaboração do trabalho, foram realizadas diversas visitas a organização Católicas pelo Direito de Decidir, fato que possibilitou o enriquecimento bibliográfico, pois tivemos acesso ao acervo bibliográfico particular da instituição, além de adquirirmos publicações, materiais informativos, vídeos produzidos e comercializados pela organização.

Durante esse encontro, tivemos contato com a socióloga Dulce Xavier, que nos orientou a respeito de material bibliográfico e forneceu material para estudo.

- Reunião para discussão de gênero no Conselho Regional de Serviço Social – CRESS – SP, em 02 de Setembro de 2009. Neste encontro havia a presença de profissionais e estudantes do interior de São Paulo. Observamos o quanto é recente a discussão do aborto na categoria profissional e ainda permeada de preconceitos⁵⁸.

Quando optamos por esta instituição fomos apresentar o trabalho à coordenação médica do hospital em Fevereiro de 2009 e obtivemos o retorno somente em Abril de 2009, com resposta positiva, a qual veio com a solicitação de uma reunião entre as pesquisadoras e a instituição para apresentação formal do projeto de pesquisa. Nesta ocasião, não fomos autorizadas a desenvolver um dos nossos objetivos, ou seja, a pesquisa com as usuárias do serviço. Nos comprometemos a refazer o projeto para se adequar às exigências internas.

Para conseguirmos autorização e adentrar em uma instituição pública com o porte do Hospital Jabaquara, tivemos em todos os momentos a contribuição, orientações, dedicação e acompanhamento da coordenadora de Serviço Social, Irotilde Gonçalves Pereira, que nos recebeu por várias vezes no seu expediente de trabalho, para discussões sobre o tema e empréstimo de materiais que passaram a agregar e enriquecer nossa bibliografia.

As entrevistas foram realizadas por meio de questionários (anexos) com perguntas semi-estruturadas⁵⁹, pensando na especificidade de cada categoria profissional.

Foi utilizado como recurso o gravador, com o consentimento dos sujeitos, para garantir a fidedignidade de suas falas na hora das transcrições.

Durante a realização das entrevistas ficou evidente a disposição dos profissionais do programa em contribuir com a pesquisa, ressaltando sempre a

⁵⁸ Durante o período da pesquisa janeiro 2008 à Outubro 2009, o CRESS realizou duas publicações a respeito da temática do aborto. Publicações estas que encontram-se nos anexos: 03,04.

⁵⁹ Conforme Minayo (1994), entrevista semi- estruturada é a junção de duas técnicas de entrevistas: estruturada que pressupõem perguntas previamente formuladas, e não estruturadas ou aberta onde o entrevistado explana livremente sobre a temática tratada.

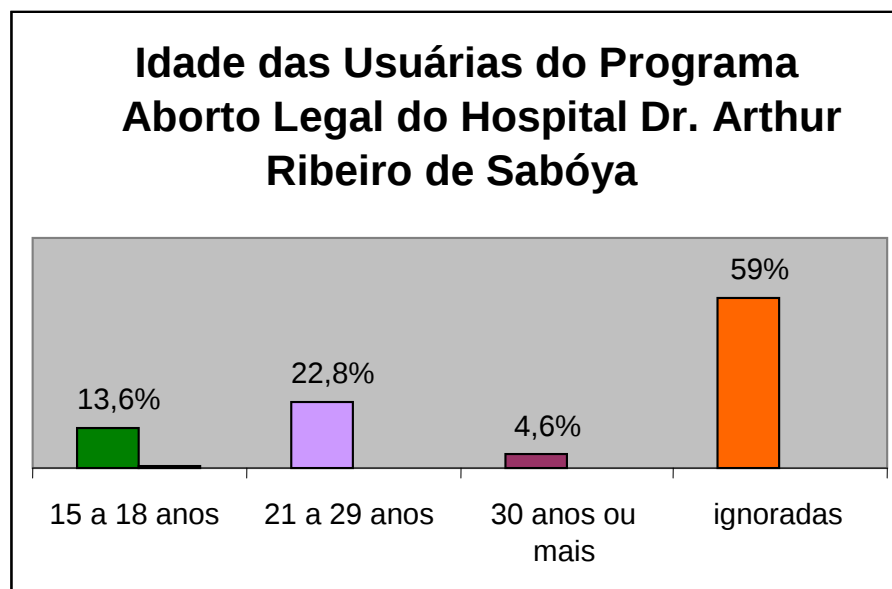
importância de realizar estudos e discussões a respeito de uma temática tão complexa e desafiadora.

4- Análise dos Dados

4.1 Perfil das Usuárias do Serviço de Aborto Legal

Conforme já evidenciado na metodologia, tivemos dificuldades para traçar um perfil socioeconômico das usuárias do programa Aborto Legal, localizado no Hospital Arthur Ribeiro de Sabóya. Por conta da não possibilidade de acesso aos documentos oficiais da instituição que possibilitassem alcançar tal objetivo da pesquisa, utilizamos materiais de fonte informal, no caso, caderno de anotações pertencentes ao Serviço Social. Tais obstáculos, explicam algumas lacunas que ficaram sobressalentes nesse momento da pesquisa.

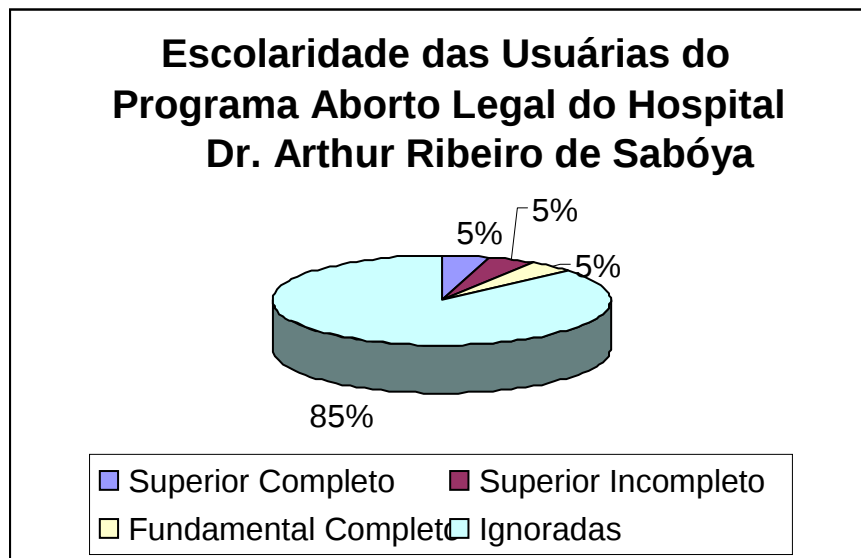
Gráfico 02



Fonte: Informações coletadas junto a Instituição em Julho 2009.

Diante desses dados verificamos que a maioria das usuárias do serviço são jovens, que encontram-se em período reprodutivo, porém a análise ficará prejudicada, pois, o grande número de ignoradas ficou em evidência nos registros.

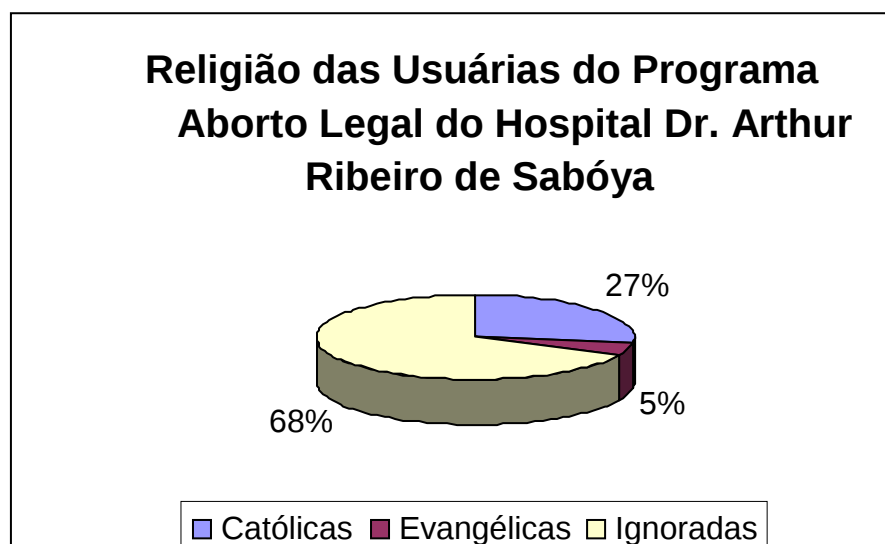
Gráfico 03



Fonte: Informações coletadas junto a Instituição em Julho 2009.

A escassez de dados referentes a escolaridade não permite a realização de uma análise a este respeito, pois a porcentagem referente às informações inválidas representa mais de 80% da amostragem total.

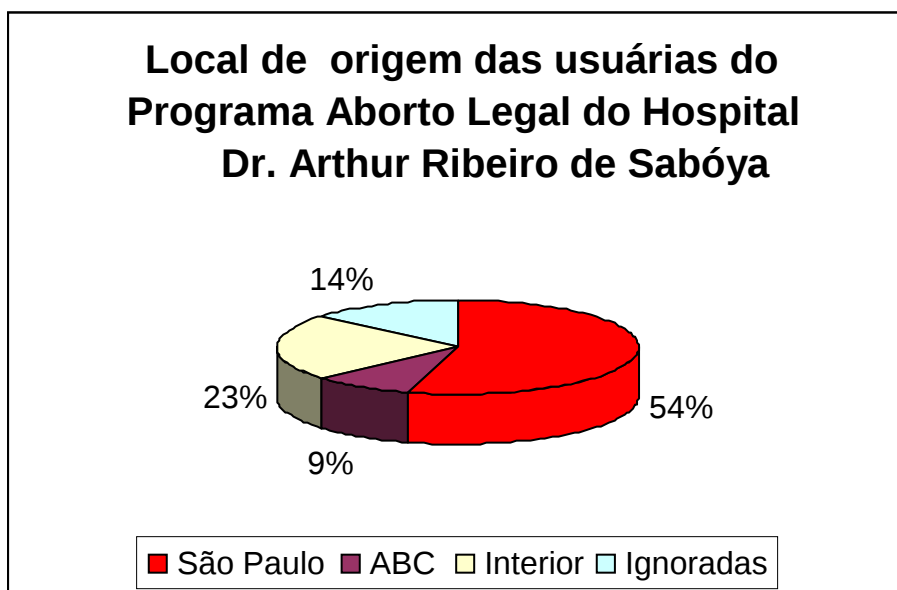
Gráfico 04



Fonte: Informações coletadas junto a Instituição em Julho 2009.

De acordo com o gráfico apresentado, nota-se que 32% apresentam ter vínculos religiosos, entre estes 27% declaram ser católicas e 5% evangélicas, embora 68% desta informação é ignorada.

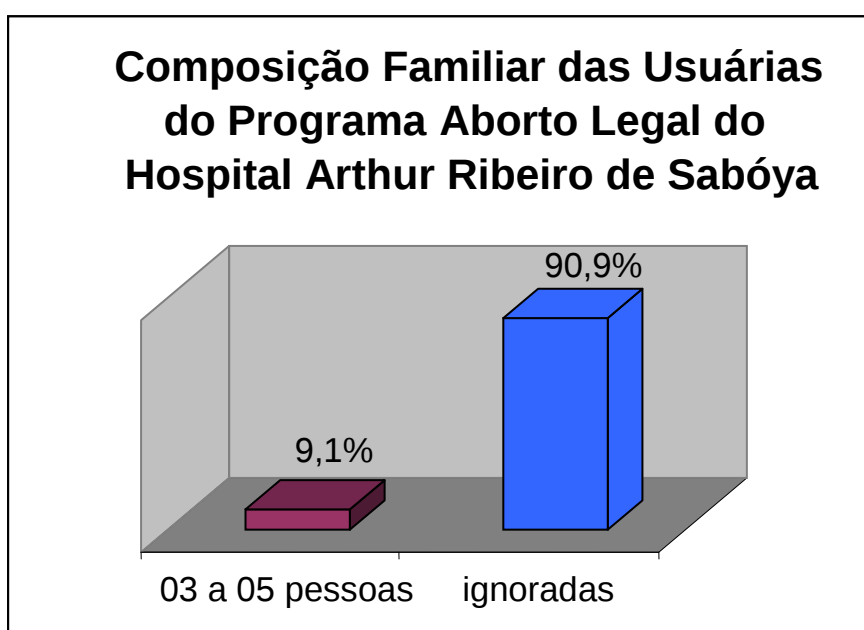
Gráfico 05



Fonte: Informações coletadas junto a Instituição em Julho 2009.

Nota-se que 54% das mulheres que utilizaram o serviço no período da coleta de dados, advêm do Estado de São Paulo, principalmente do município de São Paulo.

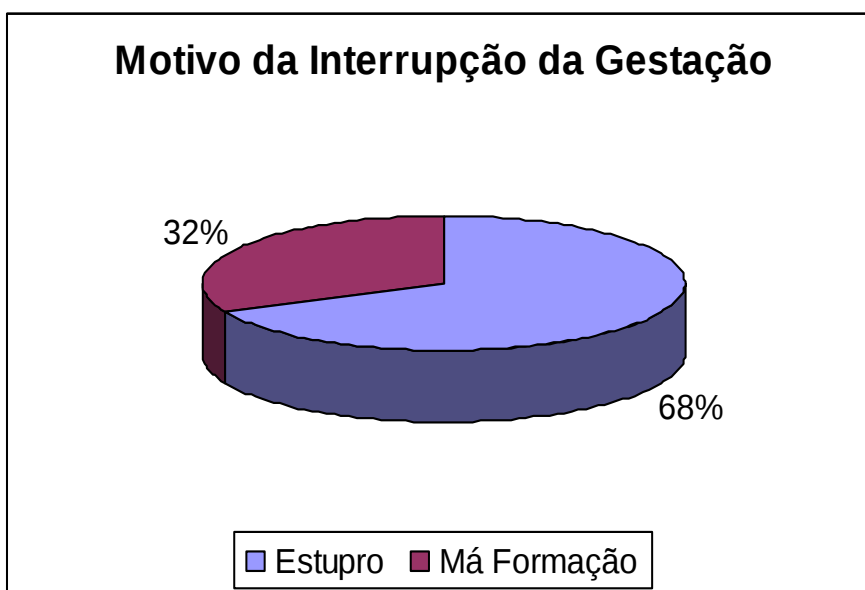
Gráfico 06



Fonte: Informações coletadas junto a Instituição em Julho 2009

A ausência de dados a respeito desta variável impossibilita a avaliação da mesma, pois os dados obtidos representam apenas 9,1% da amostragem levantada. Fato semelhante ocorreu ao analisarmos a renda familiar do nosso objeto de pesquisa. Verificamos que no período analisado não havia nenhum dado que elucidasse tal informação.

Gráfico 07



Fonte: Informações coletadas junto a Instituição em Julho 2009

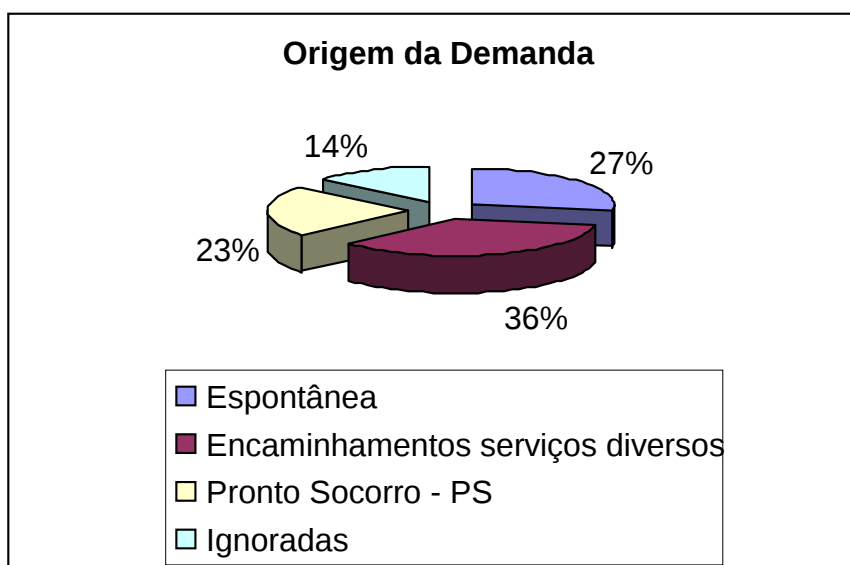
Analisando os dados coletados, verificamos que a maioria dos casos de abortos é decorrente de estupro. Uma observação que queremos apontar,   que nos relatos descritos no caderno, notamos que as mulheres foram violentadas por padrasto, pai, ex-marido, av , primo, ex-presidiário ou por desconhecidos na rua. Outra questão importante a ser relatada é que muitas delas foram esturpas exercendo suas atividades diárias, como por exemplo, indo buscar o filho na escola, vindo da faculdade, do trabalho, de festas ou dentro de suas próprias casas, quando são esturpadas por familiares. Ou seja, as mulheres não podem exercer o seu direito de ir e vir e o livre arb rio na sociedade, direitos estes conquistados com muita luta e que hoje são arrancados sem nenhuma forma de defesa.

Uma invasão na dignidade da pessoa humana, que deixa marcas psicológicas e sociais que ficam na vida dessas mulheres, difíceis de serem cicatrizadas em uma sociedade preconceituosa e machista, que tem dificuldade

de reconhecer direitos femininos e em um Estado isento de compromissos e responsabilidade com o ser humano.

Casos de má formação chegam depois de uma avaliação do ginecológica da paciente, que após exames minuciosos detectam alguma anomalia no feto, dando a opção da mãe de escolher entre levar ou não a gravidez a termo. Um fato verificado, é que no período estabelecido para realização da pesquisa (2008 e maio de 2009) não encontramos nenhum caso de aborto por colocar a vida da mulher em risco, que também são previstos por lei.

Gráfico 08

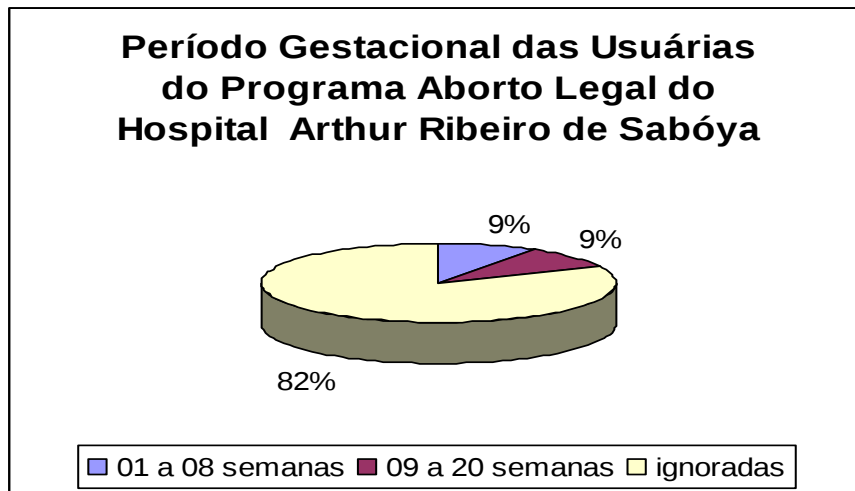


Fonte: Informações coletadas junto a Instituição em Julho 2009

Percebe-se que o acesso ao Serviço de Aborto Legal, ocorre em sua maioria através de encaminhamentos, representando 59%.

Dentre esse total, 36% advém de serviços diversos como: ONGs, igrejas, hospitais. E 23% do Pronto Socorro da própria instituição (Hospital Jabaquara). Todavia deve-se evidenciar a porcentagem advinda espontaneamente, pois representa 27% do total analisado, fato que ressalta a importância de divulgação deste serviço.

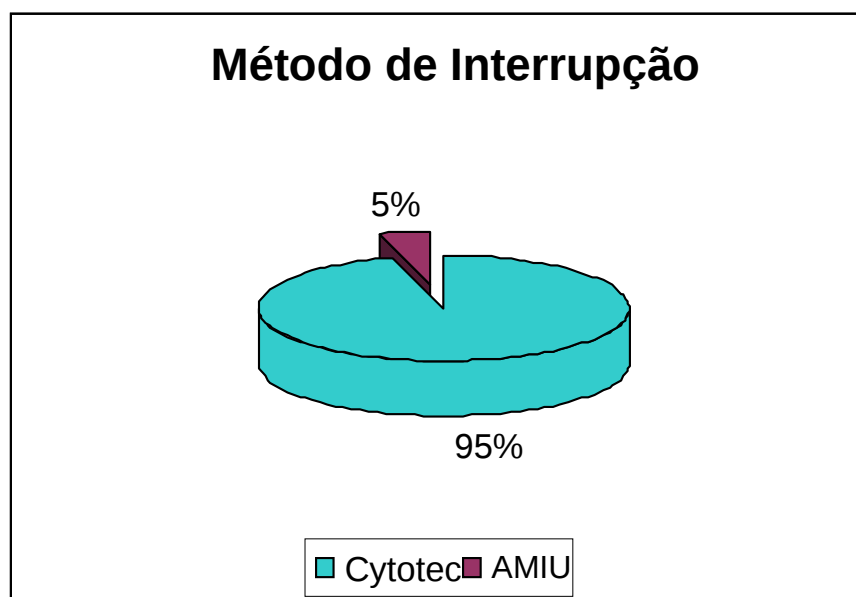
Gráfico 09



Fonte: Informações coletadas junto a Instituição em Julho 2009

Os dados levantados representam somente 18% da análise geral, o que caracteriza uma avaliação prejudicada, na amostragem coletada percebemos que a metade das mulheres 9% chega ao hospital no princípio da gestação, ou seja, com até 8 semanas, período em que ainda não foi formado o feto.

Gráfico 10



Fonte: Informações coletadas junto a Instituição em Julho 2009

Verifica-se que o método utilizado com maior frequência para a interrupção da gravidez é o Misoprostol, conhecido comercialmente como Cytotec, fato que evidencia a chegada tardia dessas mulheres ao atendimento, conforme relatos do médico ginecologista do programa nas entrevistas coletadas:

Muitas demoram, então, quando elas vêm pra cá, já vem com 12 e 13 semanas, já tem formação óssea, primeiro faço o mesoprostol para fazer a expulsão fetal, pra depois fazer AMIU. Eu faço AMIU com até 10 semanas, fico preocupado, prefiro manter a parte reprodutiva da mulher, porque se tiver a formação posterior do osso, você pode fazer e machucar, também.

Pedro – Médico Ginecologista

4.2 Posicionamento dos Profissionais do Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya.

No que tange a questão dos direitos reprodutivos e sexuais, nota-se que o corpo de profissionais que compõem o programa Aborto Legal no Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya apresentam clareza sobre o conceito. Em sua maioria, visualizam as questões de caráter político e social que se encontram intrinsecamente ligada à execução e proteção destes. É notório em seus discursos, a percepção de que existe a ausência de políticas públicas que viabilize o pleno exercício da sexualidade e reprodução. Fato que elucida-se na fala abaixo:

“Nossa sociedade não se atreve a discutir aberta e democraticamente sobre a sexualidade, por exemplo: o aborto clandestino causa danos à saúde das mulheres e mata, como não discutir isso. O amor e o prazer são proibidos, a repressão sexual e o controle alheio da reprodução também, são campos a serem discutidos”.

Carolina - Assistente Social

Cabe salientar, que apesar de todos apresentarem clareza a respeito da concepção sobre direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, não há unanimidade quanto ao posicionamento pessoal dos profissionais. Alguns se

posicionam favorável à garantia deste direito em sua totalidade, outros defendem apenas o aborto nos casos previsto por lei.

É o que verificamos nas seguintes falas:

“Pelo que eu entendo, eu acho que é o direito da mulher em optar, se ela quer fazer o aborto legal ou não. Só o aborto legal, dentro da lei, eu acho que ela tem direito de optar”.

Pedro – médico ginecologista

“Sou a favor, do aborto legal, em relação a estupro e má formação, anencefalia, mortalidade fetal sou a favor, pode colocar também, ou alguma síndrome, que não tem vida, entendeu? Aí sim, eu sou a favor do aborto, do aborto legal”.

Pedro – médico ginecologista

Tal fato pode estar relacionado à ausência de uma leitura da totalidade que envolve a problemática do aborto. Haja vista que os profissionais que entendem a questão do aborto de forma macro, analisando as implicações de cunho social e religioso que envolve o tema, enfatizam que o fato do aborto ser considerado crime pelo aparato jurídico brasileiro, não impede que o mesmo seja realizado, pelo contrário, sua criminalização gera um problema social, que coloca em risco a vida de mulheres pertencentes a uma classe social desfavorecida, quebrando os princípios fundamentais do SUS (Sistema Único de Saúde) Universalidade – atender todo o tipo de cidadão, independente de sua condição social. Equidade – todas as pessoas têm acesso, conforme sua necessidade, ou seja, o acesso ao aborto é universal para quem paga, e é limitado legalmente para quem depende do serviço público.

O profissional que tem uma formação que envolve conceitos de equidade, igualdade luta e acesso a direitos, passa a ter uma concepção de mundo mais ampla (todo) e humanitária, trabalhando com as correlações de força na busca da execução dos direitos e emancipação dos indivíduos.

Nota-se essa concepção nas seguintes falas:

Eu acho que as implicações são muito mais religiosas, do que do ponto de vista da saúde pública, porque sabemos que a mulher que pretende interromper uma gestação, ela interrompe. Só que não, no programa de saúde convencional, mas em clínicas particulares. Enfim de forma ilegal, que muitas vezes coloca a mulher em risco.

Renata – Psicóloga

Sou totalmente a favor, sou a favor da descriminalização do aborto, a gente sabe que tem as mulheres da classe média alta tem acesso as melhores clínicas, então, quem não tem acesso na verdade, são as mulheres da população mais pobre, eu defendo que isso seja uma política pública de saúde, o aborto independente de estupro ou não, seja feito na rede pública, não cabe a nenhuma pessoa julgar o comportamento sexual da mulher, é ela que vai optar e ela que é a pessoa legítima pra falar do seu corpo e do seu emocional.

Débora – Assistente Social

Os direitos sexuais e reprodutivos contém dois elementos chaves que são: poder e recursos. Poder – para tomar decisões informadas a respeito do próprio corpo a fecundidade, criação dos filhos, saúde ginecológica e sexualidade. Recursos – para pôr em prática estas decisões em condições seguras e efetivas.

Carolina - Assistente Social

Todavia, apesar de não haver uma homogeneização nos posicionamentos dos entrevistados, verificamos que os princípios pessoais não comprometem a prática profissional dentro do programa e que os mesmos mostram-se imparciais durante o atendimento, como traz a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento.

Durante a aproximação com a política pública, que visa à execução do aborto nos casos previstos pelo código penal brasileiro de 1940 no artigo 128, percebemos alguns entraves que permeiam a efetivação da mesma. Pois, trata-se de uma política que não é prioritária, o regime neoliberal do país, torna o Estado uma potência isenta e omissa, onde tem a liberdade de descentralização e repasse de responsabilidade para as organizações filantrópicas e particulares, não estando o Estado, presente nas questões que envolvem a defasagem das políticas públicas.

Outras variáveis que dificultam essa política são evidenciadas nos relatos dos profissionais que compõe a equipe técnica do programa, que apontam como obstáculos: a ausência de profissionais que tratem a questão do aborto com imparcialidade, limitações institucionais, escassez de espaço físico adequado para o atendimento, falta de recursos públicos que garantam a funcionalidade do serviço prestado.

A baixa adesão de profissionais para atuarem no programa Aborto Legal no Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya é descrita por todos os entrevistados. Contudo percebe-se que a resistência de profissionais se dá maciçamente na

categoria médica, fato evidenciado no corpo técnico do programa onde há somente um médico, este atuante também no Pronto Socorro - PS do hospital.

Os entrevistados que atuam no programa desde a implantação, relatam que a ausência de médicos sensibilizados é uma dificuldade existente no programa há 20 anos.

Todos os profissionais entrevistados afirmam que este fato encontra-se intrinsecamente relacionado à questão do preconceito que envolve a sociedade, reforçado pelo Conselho Regional de Medicina - CRM, que torna o atendimento médico facultativo em caso de aborto. Outra questão relevante é a carência de médico no setor público da saúde, isso é visível nos Pronto Socorro - P.S, que tem emergência/urgência e nos postos que tem especialidades médicas, onde existe um prolongamento de atendimento nas consultas, com agendamentos prévios de três meses.

Essas questões são percebidas nas seguintes falas:

Eu acho que no momento, a gente como sempre, tivemos a dificuldade no atendimento médico, temos um. A gente sabe que o Conselho de ética ele faculta essa questão do atendimento médico. Então, se o médico não quiser fazer, não caracteriza negligência, como omissão de socorro, né e daí então, esses profissionais tem a questão de alegar muito objeção de consciência, a questão da religião, da criação de família, para não participar né.

Carolina – Assistente Social

Sim, muito, existe sim, uma discriminação, muitos são contra, mesmo quando mando internar uma paciente para indução do aborto legal, alguns não participam, tanto ginecologista como anestesista.

Pedro – Médico Ginecologista

No entanto, a questão do preconceito é um fator existente na sociedade brasileira, que construída sob pilares patriarcais e conservadores, mostra-se resistente a mudanças pertinentes ao âmbito feminino, isso compromete a agilidade no avanço de discussões relacionadas à questão do gênero. O que é apresentado nas falas de profissionais que afirmam haver preconceito ao tratar à temática do aborto, porém em proporções menores, comparado ao período de implantação do programa.

Então, há uma discriminação muito forte, né, não só dos profissionais, como da sociedade, como um todo, ameaças, isso aconteceu bastante antes, quando não era muito aberto, agente discutir essa questão do aborto, atualmente ainda existe e eu percebo mais disfarçada do que antigamente.

Carolina – Assistente Social

Foi muito difícil aqui dentro, foi muito difícil lá fora, eu acho que foi muito difícil dentro de cada um de nós, com as outras pessoas, diante de nossas famílias e diante do espelho também.

Renata – Psicóloga

Tem preconceito com os profissionais que atuam no programa, a gente sabe que tem, sabe que tem as pessoas que comenta, fica meio rotulado aquele é o médico aborteiro.

Débora – Assistente Social

A estrutura física destinada ao programa é tida como insuficiente para alguns profissionais, haja vista a ausência de uma sala individual reservada para acolhimento da mulher, garantindo a privacidade no atendimento. Conforme vemos na fala a seguir:

Bom, como todo mundo sabe que a rede pública nunca dispõe daquilo que é o ideal, né. Por exemplo, na própria entrevista aqui, a gente viu a dificuldade de sala. Às vezes a gente não tem um lugar adequado pra atender.

Débora – Assistente Social

Agregada a essa deficiência, foi sinalizada por um profissional a questão da gestão da instituição, pois o desenvolvimento do programa encontra-se diretamente relacionado com a visão do gestor do hospital. Dessa forma, afirmam ser necessária ações constantes, que visem a conservação e aquisição de conquistas que tragam melhorias ao programa. Fato que observa-se:

No último ano, eu vou ser bem sincera pra você, nós tivemos um diretor aí muito complicado, com relação muito difícil, que vocês já devem saber, e o programa ficou meio paradinho.

Renata - Psicóloga

A gente tem um leito reservado para aborto aqui, então a gente tem medo de perder, às vezes se atende um caso, dois casos, e aí como que a gente segura isso?

Renata – Psicóloga

Contudo percebemos que os profissionais evidenciam em suas falas a importância de trabalhar em uma equipe multidisciplinar, avaliam que a junção de diferentes áreas em busca de um único objetivo é muito mais forte dentro da instituição, e diante dos relatos verificamos que o Programa é garantido por essa equipe, que acredita nele, e não como uma política pública sólida.

A respeito da multidisciplinaridade:

Hoje em dia tudo tem que ser multidisciplinar, em hospital, consultório, ambulatório, tudo tem que ser multidisciplinar, é o auxiliar que mede a pressão, pesa, é o médico que ausculta o bebê, é a psicóloga, que vai fazer toda a parte psicológica, porque é uma agressão a paciente, tudo que passou no estupro, então, eu acho que tudo hoje não é só o médico, não é só a psicóloga e a parte de serviço social eu acho muito importante.

Pedro – Médico Ginecologista

Pra manter esse serviço do jeito que a gente mantém só com equipe multi, porque é matando um por dia e eu acho que a equipe se fortalece, porque um dá força pro outro, quando um fica meio de saco cheio o outro assume. Então, por isso que a gente consegue manter.

Renata – Psicóloga

Diante dos relatos verificamos a mudança no conceito de saúde que se limitava somente à dimensão biológica do indivíduo, fato que mudou em 1948, pela concepção da Organização Mundial de Saúde – OMS, onde a saúde passou a ser definida como bem estar físico, mental e social, direcionando um olhar multidisciplinar para o processo saúde-doença, dando abertura para atuação de vários profissionais na viabilização das políticas de saúde. Esse conceito analisado em uma leitura biopsicossocial significa um avanço e justifica que a medicina não é a única profissão voltada a recuperação e a garantia de saúde da população, que para isso devemos ter várias profissões envolvidas em um mesmo contexto de uma política pública.

Nas entrevistas foi salientada a dificuldade de executar uma política no setor público, devido à precarização da máquina estatal, que não dispõe de recursos suficientes para efetivação da mesma. A fim de elucidar esta problemática, os profissionais relatam à escassez na rede pública de medicamentos abortivos utilizados no processo de interrupção gestacional. Que muitas vezes é executada por terem em seu corpo técnico, profissionais que se expõe e se empenham na busca de medicamentos em outros hospitais da rede pública ou até em farmácias populares onde tenham um facilitador para a compra, porque o fato de o medicamento utilizado ser proibido sua comercialização, configura-se em mais um dificultador para realização da política.

Às vezes acaba a medicação, é difícil conseguir, é uma medicação proibida no mercado, não é da listagem da prefeitura. É proibida porque é abortiva, e a mulherada tá roubando, então, agora tem tido, mais tem tempo que não tem a medicação, que é o famoso cytotec. Agora evidentemente o hospital comprou, agora nós temos, mas no começo do ano tava difícil.

Renata – Psicóloga

Ademais, a deficiência do serviço público acarreta no ferimento da norma técnica de atenção humanizada ao abortamento que preconiza o direito da mulher a informação e escolha do método a ser utilizado na interrupção da gestação. Essa falha é justificada pelos profissionais através do argumento que o poder de decisão do método cabe ao médico devido seu conhecimento técnico. O que verificamos nas visitas feitas a instituição, é que essa escolha por outros métodos, também, esteja atrelado a problemas nos equipamentos, muitas vezes está quebrado ou danificado, como presenciamos o aparelho que faz aspiração AMIU em condições ilegíveis de uso e sabemos que como se trata de um serviço público, existe uma demora para aquisição de outro ou mesmo conserto.

O método a utilização de como fazer o aborto, ela é definida pelo médico, ele sabe o que vai ser melhor neste momento para a paciente.

Carolina – Assistente Social

Apesar dos entraves apontados pela equipe, observa-se a falta de avaliações periódicas do programa. Notoriamente as políticas públicas não são avaliadas com a periodicidade que deveriam, com a do aborto também não é diferente, sentimos essa necessidade e entendemos que precisa de uma avaliação de resultados obtidos, onde se mensure a importância e necessidade desse serviço para a população, é uma forma de buscar melhorias e ampliação para o mesmo, embasado em resultados palpáveis, como: pesquisas e estudos sobre essa temática, que para tal o Programa precisaria ter os dados organizados e disponibilizados, que em tese contribuiriam para evidenciar esses resultados. É de extrema relevância efetuar investigações acerca da atenção em serviços de saúde reprodutiva, pois, o levantamento dos dados pode subsidiar a construção de novos indicadores de qualidade e atenção, mostrando uma dimensão da desigualdade social e explicando fenômenos que não teriam visibilidade sem este enfoque.

Contudo a falta de avaliação não é sinalizada como obstáculos para o desenvolvimento do mesmo. Conforme relatos dos profissionais, a equipe busca manter as discussões de caso, apesar de estas ocorrerem esporadicamente de maneira informal, por conta do baixo número de profissionais que atuam no programa, restando poucos profissionais para as reuniões de equipe.

Com relação à qualificação técnica dos profissionais, todos entrevistados informam fazerem ou terem feito cursos de especialização. O que demonstra comprometimento da equipe com a proposta do programa. Todavia estes não são proporcionados com frequência pela a instituição, fato que leva a busca voluntária de aperfeiçoamento técnico por parte dos profissionais.

Então, na verdade a gente que vai sempre em busca de capacitação, né. Nesses anos todos, o hospital me forneceu duas ou três, o resto eu fui atrás.

Renata - Psicóloga

Entretanto, dos nossos entrevistados todos relataram buscar fora do ambiente de trabalho qualificação técnica, somente em um dos casos apresentado a seguir, nota-se que estas qualificações são proporcionadas com maior frequência para o corpo médico.

Sim, faço isso bastante, o hospital oferece. Fora do hospital nunca fiz.

Pedro – Médico Ginecologista

No que se refere à atuação do profissional de Serviço Social no Programa Aborto Legal verificamos que as assistentes sociais entrevistadas afirmam que para atuar em um programa que traz em seu âmago a questão de gênero, se faz necessário conhecimento técnico do tema, entendendo o aborto como um direito a ser garantido pelo Estado em condições dignas e seguras de atendimento para a mulher, não a expondo a nenhum dano físico ou psíquico.

O fato de o profissional ser sensibilizado a respeito da problemática do aborto e suas variáveis, é um fator que contribui de forma positiva nas relações de poder dentro da instituição. O Assistente Social precisa ter uma visão ampla, necessário para a garantia e discussão de políticas públicas e ampliação de direitos, bem como ter em sua atuação os princípios do Código de Ética Profissional, que irá nortear as ações a serem desenvolvidas, transpondo o caráter emergencial e burocrático. Conforme (FALEIROS, 2002, p. 41).

...O trabalho se dá sobre as mediações complexas na dinâmica das relações particulares e gerais dos processos de fragilização social, para intervir nas relações de força, nos recursos e nos poderes institucionais, visando fortalecer o poder dos mais frágeis, oprimidos, explorados, pelo resgate de sua cidadania, da sua autonomia, da sua auto-estima, das condições singulares da sobrevivência individual e coletiva, de sua participação e organização.

Conforme relato técnico, um profissional militante e que entende a questão de gênero, como uma ruptura da condição feminina do natural e biológico, para ser entendida como um fenômeno social, traz como benéfico à fomentação de discussões sobre um tema polêmico, movimento este que traz consigo visibilidade profissional e conseqüentemente mais poder decisório no interior da equipe profissional. Não podemos deixar de evidenciar que foi por pressão de movimentos sociais que o Estado criou essa política, haja vista, a

importância de se falar que os movimentos de mulheres no Brasil conquistaram o direito de efetuar o aborto nos casos previstos por lei, com muitas reivindicações e questionamentos da sociedade e instâncias do meio político.

É o que verificamos na seguinte fala:

Eu sou uma técnica, não sou uma militante, a pessoa que milita por uma causa, é uma força a mais.

Débora – Assistente Social

Todavia, é importante informar que dentre os profissionais entrevistados, apesar de todos estarem acompanhando as discussões acerca do tema, somente um dos entrevistados, sendo este um assistente social, afirma ser militante na questão de garantia de direitos sexuais e reprodutivos. Fato este que pode vir a justificar o respaldo institucional que o serviço social possui dentro do programa, pois durante as entrevistas com os técnicos, todos evidenciam de forma positiva a importância do serviço social dentro do programa, já que este é a porta de entrada do usuário por meio do acolhimento. Embasados em Faleiros (2002), entendemos que esse profissional é um sujeito inserido nas relações sociais para fortalecer a construção da trajetória de vida daquele usuário, envolvendo a família, amigos, redes formais e as organizações de saúde com os sujeitos implicados, daí a importância de fazer encaminhamentos baseados na comunicação prévia e posterior acompanhamento.

A importância da rede é exaltada pelas profissionais, que afirmam a necessidade de articulação para o bom funcionamento não só do programa, mas de uma política pública. Para entendermos esse conceito: (FALEIROS, 2002, p. 25).

“Trabalhar em rede é a superação do voluntarismo e do determinismo, da impotência diante da estrutura e da onipotência da crença de tudo poder mudar”.

Os contatos realizados pelo programa com a rede assistencial, ocorrem por meio de encaminhamentos caracterizados como bilaterais. Porém, nos

relatos aparecem que não existem reuniões/encontros para edificar, manter ou estender a rede. Conforme fala:

Não tem encontro de rede, nessa área não, existem encontros na rede, de saúde mental, de violência contra criança e adolescente, tem essa rede mais firmada, eu participo da rede de saúde mental, também não dá pra você participar de tudo, mas do aborto não tem.

Débora – Assistente Social

Você depende de outras questões e de outras instituições que você deve estar ligada a elas. Nós temos, e nos relacionamos muito bem com toda essa rede.

Carolina – Assistente Social

Contudo, apesar de haver uma rede que possibilita encaminhamento, oferecendo respaldo após a interrupção da gestação, conforme fala dos entrevistados, esse procedimento possui baixa adesão dos usuários, principalmente quando a gestação advém de violência sexual. O que denota o quanto é delicado tratar à temática do aborto, já que a intervenção sobre essa questão não se limita somente ao ato abortivo, existem fatores de cunho moral, religioso e emocional que deve ser identificados durante a ação profissional.

Considerações Finais

Tratar a questão do aborto na sociedade brasileira é algo delicado, devido fatores de ordem social, moral, religiosa e jurídica, que se encontram diretamente atrelados a esta problemática. Estes comprometem diretamente a execução e ampliação de políticas públicas, que visam garantir o acesso pleno a um direito instituído legalmente.

Partindo desse pressuposto, o estudo possibilitou contextualizar a questão do aborto no Brasil, verificar como se dá a política pública de saúde que visa executar o abortamento nos casos previstos por lei, traçar o perfil das usuárias do serviço, e averiguar a atuação dos profissionais envolvidos com a execução desta política.

Apesar da Constituição de 1988 preconizar um estado laico, nota-se que questões de ordem moral e religiosa influenciam negativamente a execução da política pública de saúde que visa a realização do abortamento em casos específicos previstos no artigo 128 do Código Penal Brasileiro vigente, como risco de vida da gestante e gestação advinda de estupro.

A existência de um aparato jurídico que subsidie a garantia do direito ao aborto não legitima na prática o serviço de abortamento legal. Haja vista, fatores como: a dificuldade do Programa de Aborto Legal do Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya em pleitear e manter uma estrutura física que possibilite um atendimento humanizado, pois se fazem necessários argumentos constantes da equipe que justifiquem a existência de tal estrutura, a ausência de profissionais sensibilizados com a problemática, principalmente médicos, já que a realização do procedimento abortivo em casos previstos é facultativa de acordo com código de ética da categoria, a dificuldade de acesso a medicamentos e manutenção de equipamentos necessários para realização da prática abortiva como Misoprostol, AMIU elétrico e manual.

Os fatores acima citados, elucidam a dificuldade de aplicar-se um direito de forma digna à população usuária que necessita do serviço. Além de ferir normas e princípios estabelecidos em documentos jurídicos oficiais e legítimos como leis, normas técnicas de saúde e portarias.

Percebe-se que a permanência do serviço de aborto legal no Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya, não se deve ao respaldo legal e sim ao corpo

técnico do programa. Este, composto por profissionais que buscam exercer uma prática com distanciamento de princípios pessoais, entendendo a questão do aborto além da perspectiva jurídica.

Nota-se que a problemática do aborto traz situações de conflitos para os profissionais que trabalham diretamente com esta questão, sejam eles de ordem pessoal, profissional, social ou política. Fato que evidencia o quanto é difícil tratar a questão do aborto na sociedade brasileira, seja para a mulher como cidadã que busca autonomia sobre seu corpo e acesso a um direito, quanto para os profissionais que atuam nas políticas que visam garantir tal direito.

O Serviço Social na execução desta política atua como porta de entrada do serviço, além de representar papel central de liderança no programa, função esta, legitimada pelos demais profissionais e diretoria do programa.

Tal reconhecimento representa o compromisso e engajamento evidenciado na atuação profissional, que por sua vez é norteadas pelos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional⁶⁰ como: reconhecimento de liberdade, defesa intransigente dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, defesa da democracia, posicionamento a favor da equidade e justiça social, empenho nas formas de eliminação de todas as formas de preconceito, compromisso com a qualidade de serviços prestados a população.

Embora a atuação da categoria tenha como parâmetro tais princípios, o serviço social do programa apresenta como nós críticos uma rede institucional atualmente enfraquecida que não fomenta discussões a respeito da temática e dos serviços existentes que trabalha direta ou indiretamente a questão de gênero, ausência de relatórios periódicos avaliativos do programa que permita avaliar o atendimento além de institucionalizar dados do programa.

A partir do exposto entendemos que, de modo geral, os objetivos da pesquisa foram alcançados. Verificamos que o aborto no Brasil mesmo sendo um direito da mulher contempla apenas uma pequena parcela da sociedade, deixando explícito o agravamento do problema social. A existência de clínicas

⁶⁰Resolução CFESS n. 273, de 13 de Março 1993.

particulares clandestinas não fiscalizadas evidencia a questão da corrupção e oportunismo que a criminalização do aborto traz como consequências.

No que se refere ao perfil das usuárias a pesquisa aponta que, a maioria das mulheres usuárias do programa de aborto legal são jovens, com vínculos religiosos, cuja gestação advém de estupros. Estas chegam ao programa, geralmente encaminhadas de outros serviços como ONGs, hospitais, OS.

Avaliamos que a política pública de saúde que visa a garantia de direitos estabelecidos legalmente no código penal de 1940 sofre com a omissão do Estado, que por sua vez não oferece recursos suficientes para efetivação integral e satisfatória de tal política.

O profissional de Serviço Social dentro desse contexto, enfrenta em seu local de trabalho as diversas expressões da questão social, os recursos escassos, a dinâmica institucional inconstante e a necessidade de capacitação constante para responder aos desafios, propor possibilidades, facilitando o acesso e a comunicação das usuárias entre os sistemas.

Diante da escassez de produção bibliográfica que aborde a questão do aborto desprovida de conceitos morais e religiosos, a pesquisa apresentada visa contribuir de forma positiva para discussão imparcial que venha evidenciar a necessidade de legitimação e formulação de políticas públicas que garantam os direitos reprodutivos seguidos por um acesso igualitário.

A partir do estudo realizado verificamos a necessidade dos profissionais atuantes na política pública de saúde, do programa Aborto Legal, buscar estratégias que possibilitem a superação dos complicadores da política. Desta forma sugerimos a realização de avaliações periódicas do programa realizadas tanto pela equipe técnica, quanto pelo usuário do serviço. Estas serão utilizadas como parâmetros da atuação profissional e qualidade do serviço, assim como subsídio para formulação de pesquisas, artigos e outros materiais que divulguem o serviço e estimulem o debate na sociedade.

Outro fator a ser otimizado no serviço, é o fortalecimento do trabalho em rede institucional. Já que as redes de serviços bem articuladas contribuem de forma positiva, na fomentação de discussões e mobilizações que tratem a questão de gênero, auxiliando na desconstrução de conceitos conservadores e machistas amplamente propagados na sociedade brasileira, pois trabalhar a sociedade civil é primordial para a garantia e ampliação de direitos sociais.

Referencial Bibliográfico

BAPTISTA, Myrian Veras. A ação profissional no Cotidiano. In: MARTINELLI, Maria Lúcia et al. (orgs). **O Uno e o Múltiplo nas Relações entre as Áreas do Saber**. São Paulo: Editora Cortez, 1995.

BRASIL, Constituição (1988). **“Constituição da República Federativa do Brasil”**. Brasília , DF: Senado, 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza. Políticas de Saúde de no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabeth et al. (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS e Ministério da Saúde, 2007.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; ZUCCO, Luciana Patricia. Políticas de Saúde e Serviço Social. In: REZENDE, Ilma.; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. (orgs). **Serviço Social e Políticas Sociais**, 2. ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

CÓDIGO PENAL, Lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O Trabalho nos Serviços de Saúde e Inserção dos (as) Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabeth et al. (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS e Ministério da Saúde, 2007.

FALEIROS, Vicente de Paula: **Estratégias em Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002

GALEOTTI, Giulia: **História do Aborto**. 70. ed. Lisboa /Portugal Ltda, 2007.

GAMA, Andréa de Sousa; Gênero e Avaliação de Qualidade da Atenção em Serviços de Saúde Reprodutiva. In: BRAVO. Maria Inês Souza et al. **Saúde e Serviço Social** (orgs) 3.ed. São Paulo: Editora Cortez, 2007.

GOLLOP, Thomaz: Porque é difícil discutir o aborto no Brasil. 17 ed. São Paulo: Brasileiros Editora Ltda, 2006.

HURST, Jane. **Uma História Não Contada: A história das idéias sobre o aborto na Igreja Católica**, 3. ed. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, RAUL. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico – metodológica**, 8.ed. São Paulo: Cortez, 1991.

LEGISLAÇÃO BRASILEIRA PARA O SERVIÇO SOCIAL: **Coletâneas de leis, decretos e regulamentos para instrumentação da (o) assistente social/organização Conselho regional de Serviço Social do Estado de São Paulo**, 9ª Região 3. ed. São Paulo, Dezembro de 2007.

LOLATTO, Simone. **A intervenção da Assistente Social diante da questão do aborto**. 2004. 140 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2004.

MARCILIO, Maria Luiza. **Família, mulher, sexualidade e Igreja na história do Brasil**. São Paulo: Loyola, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1994.

MORAES, Maria Lygia Quartim: **Cidadania no Feminino**. In: PINSKY, Jaime; BASSANEZI, Carla Pinsky. (org). **História da Cidadania**. São Paulo: Contexto, 2008.

NORMA TÉCNICA DE ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTO 1995, **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.**

NORMA TÉCNICA DE ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTO 2005, **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.**

NUNES, Maria José Rosado. Aborto, maternidade e dignidade da vida das mulheres. In: CAVALCANTE, Alcinete.; XAVIER, Dulce. (org). **Em defesa da vida: aborto e direitos humanos.** São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.

PAIXÃO, Ivan. Aborto: aspectos da legislação brasileira. In: CAVALCANTE, Alcinete.; XAVIER, Dulce. (org). **Em defesa da vida: aborto e direitos humanos.** São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.

PRADO, Danda. **O que é Aborto**, 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 2007.

PLANO NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER
PRINCÍPIOS E DIRETRIZES Ministério da Saúde Políticas de Mulheres, 2004.

PROJETO DE LEI, nº 1.135/91

QUINTAS Fátima. **Sexo a moda Patriarcal o Feminino e o masculino na obra de Gilberto Freire.** São Paulo: Global, 2008.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS,
Dossiê Aborto: Mortes Preveníveis e Evitáveis, Belo Horizonte: 2005.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS,
Saúde Materna. s/d.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS,
Dossiê: Mortalidade Materna. s/d.

RIBEIRO, Darcy. **O povo brasileiro.** São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

SARMENTO, Daniel: Aborto: aspectos da legislação brasileira. In: CAVALCANTE, Alcinete.; XAVIER, Dulce. (org). **Em defesa da vida: aborto e direitos humanos**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.

SIMÕES, Carlos: **Curso de Direito do Serviço Social**. São Paulo: ed. Cortez, 2007.

TALIB Rosângela Aparecida, CITELI Maria Teresa: **Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004)** São Paulo: Católicas pelo direito de decidir, 2005.

TELES, Maria Amélia de Almeida: **Breve história do feminismo no Brasil**. Brasiliense, São Paulo, 1999.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**, São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 2002.

<http://www.cress-sp.org.br>, 20 out. 2009.

<http://www.fsp.usp.br/SHOR.HTM>, 23 mar. 2009.

http://pt.wikipedia.org/wiki/Idade_ _Antiga. 31 mar. 2009.

<http://www.mundoeducacao.com.br/sexualidade/aborto.htm> em 26 abr. 2009.

http://www.cfemea.org.br/proposicoeslegislativas/tramitando_resultado.asp em 23 mar. 2009.

<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/clipping/setembro-1/reflexao-sobre-o-aborto/> em 26 fev. 2009.

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aborto.pdf> em mar. 2009

http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/comite_mort_mat_infant/infantil/10orientacoesparapreenchimentodaficha.pdf em jun. 2009.

<http://www.saude.mulher@saude.gov.br> em Jan. de 2009

<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/mulher/0001> em mar 2009

ANEXOS

ANEXO 01

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES

NORMA TÉCNICA

1ª EDIÇÃO

BRASÍLIA

1998

I - APRESENTAÇÃO

As mulheres vêm conquistando nas últimas décadas direitos sociais que a história e a cultura reservaram aos homens durante séculos. no entanto, ainda permanecem relações significativamente desiguais entre ambos os sexos, sendo o mais grave deles a violência sexual contra a mulher.

É dever do Estado e da Sociedade civil delinearem estratégias para terminar com esta violência. E, ao setor saúde compete acolher as vítimas, e não virar as costas para elas, buscando minimizar sua dor e evitar outros agravos.

O braço executivo das ações de saúde no Brasil é formado pelos estados e municípios e, é a eles que o Ministério da Saúde oferece subsídios para medidas que assegurem a estas mulheres a harmonia necessária para prosseguirem, com dignidade, suas vidas.

José Serra

Ministro da Saúde

II - INTRODUÇÃO

CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência representa hoje uma das principais causas de morbimortalidade, especialmente na população jovem. Atinge crianças, adolescentes, homens e mulheres. No entanto, uma análise cuidadosa das informações disponíveis demonstra que a violência tem várias faces e afeta de modo diferenciado a população. Enquanto os homicídios, em sua maioria, ocorrem no espaço público e atingem particularmente os homens, a violência sexual afeta em especial as mulheres e ocorre no espaço doméstico.

Essa violência – em particular o estupro – atinge sobretudo meninas, adolescentes e mulheres jovens no Brasil e no mundo. Os estudos sobre o tema indicam que a maior parte da violência é praticada por parentes, pessoas próximas ou conhecidas, tornando o crime mais difícil de ser denunciado. Menos de 10% dos casos chegam às delegacias.

A violência sexual produz seqüelas físicas e psicológicas. As pessoas atingidas ficam mais vulneráveis a outros tipos de violência, à prostituição, ao uso de drogas, às doenças sexualmente transmissíveis, às doenças ginecológicas, aos distúrbios sexuais, à depressão e ao suicídio.

A maioria dos serviços de saúde não está equipada para diagnosticar, tratar e contribuir para a prevenção dessa ocorrência. Em geral, os serviços carecem de profissionais treinados no reconhecimento dos sinais da violência, principalmente aquela de caráter mais insidioso. Esse diagnóstico requer uma rede de apoio, que extrapola os serviços de saúde, para que os problemas identificados sejam resolvidos.

O enfrentamento da violência exige a efetiva integração de diferentes setores, tais como saúde, segurança pública, justiça e trabalho, bem como o envolvimento da sociedade civil organizada.

A garantia de atendimento a mulheres que sofreram violência sexual nos serviços de saúde representa, por conseguinte, apenas uma das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos decorrentes deste tipo de violência. A oferta desses serviços, entretanto, permite a adolescentes e mulheres o acesso imediato a cuidados de saúde, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada.

A implementação desse atendimento nos estados e municípios brasileiros deve ser acompanhada de um processo de discussão intersetorial que contribua para conferir maior visibilidade ao problema e que permita a implantação de estratégias mais amplas de combate à violência contra mulheres e adolescentes.

III. ORGANIZANDO A ATENÇÃO ÀS MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA SEXUAL

No contexto da atenção integral à saúde, a assistência à mulher que sofreu violência sexual deve ser organizada com a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e de tecnologia adequada.

As ações de saúde devem ser acessíveis a toda população do município ou região, cabendo à unidade assegurar a continuidade do atendimento, mediante, inclusive, o acompanhamento e a avaliação dos reflexos da violência sobre a saúde da mulher.

É fundamental a criação de mecanismos de encaminhamento oportuno das mulheres atingidas por violência sexual, para que a assistência seja prestada de forma imediata. Para tanto, é necessário que postos de saúde, autoridades policiais, serviços gerais de emergência, escolas e a sociedade civil organizada tenham conhecimento das unidades que realizam esse atendimento, favorecendo, assim, o encaminhamento correto.

A efetiva assistência aos casos de violência sexual requer a observância de determinadas condições e providências no âmbito da instituição, não havendo necessidade, no entanto, de criação de um serviço específico para este fim. Todas as unidades de saúde que tenham serviços de ginecologia e obstetrícia constituídos deverão estar capacitadas para o atendimento a esses casos. É preciso que a unidade esteja apta a atuar com presteza e rapidez nesse tipo de atendimento, de modo a evitar-se maiores danos à saúde física e mental da mulher.

O número de mulheres que engravidam em decorrência do estupro e demandam interrupção da gravidez é pequeno. Em média, os serviços de referência atendem um a dois casos por mês. Por isso, compete aos gestores estadual e municipal definir unidades de referência e capacitar equipes para prestar o atendimento adequado. Cabe ainda aos gestores e aos diretores dos serviços estabelecer mecanismos de avaliação das ações desenvolvidas.

1. Instalação e Área Física

Para o atendimento das adolescentes e mulheres que sofreram violência sexual, deve ser definido um local específico, de preferência fora do espaço físico do pronto-socorro ou triagem, de modo seja garantida a necessária privacidade dessas pessoas durante a entrevista e o exame, estabelecendo-se, assim, um ambiente de confiança e respeito.

Por outro lado, deve-se evitar a criação de situações que podem favorecer o surgimento de estigmas em relação a essas mulheres, como, por exemplo, a identificação de setor ou salas destinadas ao atendimento exclusivo de vítimas de estupro. Para a avaliação médica e ginecológica, é necessário espaço físico correspondente a um consultório ginecológico. Os procedimentos para o esvaziamento da cavidade uterina deverão ser realizados em ambiente cirúrgico.

2. Recursos Humanos

O ideal é que esse tipo de um atendimento seja prestado por equipe multiprofissional, composta por médicos/as, psicólogos/as, enfermeiras/os e assistentes sociais. Entretanto, a falta de um dos profissionais na equipe – com exceção de médico/a – não inviabiliza atendimento. Cada um desses profissionais cumpre um papel específico no atendimento à mulher, como se verá a seguir.

No entanto, toda a equipe deve estar sensibilizada para as questões da violência sexual contra a mulher e capacitada para acolher e dar suporte às suas demandas, utilizando as normas específicas.

3. Equipamentos e instrumental

A unidade deverá dispor de equipamentos e materiais permanentes, em perfeitas condições de uso, que satisfaçam as necessidades do atendimento. É importante que a unidade esteja equipada de tal modo a conferir-lhe autonomia e resolubilidade. Os materiais e equipamentos necessários são:

- mesa e cadeiras para consulta
- mesa ginecológica estofada e banqueta
- jogo de espéculo vaginal tipo Collins

- jogo de pinças Cheron
- ácido acético a 2%
- lugol
- vaselina
- papel filtro
- espátula ou swab para secreção vaginal
- luvas para exame (estéreis e de procedimentos)
- mesa auxiliar
- escadinha
- foco de luz
- aparelho de pressão
- estetoscópio
- biombo.

Aparelhos adicionais sugeridos:

- colposcópio
- aparelho de ultra-sonografia
- máquina fotográfica simples e filme (para fotografar possíveis lesões)

Além dos equipamentos próprios de um centro cirúrgico, o serviço deverá contar com:

- caixas de material para curetagem
- jogo de velas de Hegar
- kit para aspiração uterina – manual ou elétrica

4. Apoio laboratorial

É importante o apoio laboratorial para auxiliar no estabelecimento do diagnóstico e no rastreamento de doenças sexualmente transmissíveis. As instituições de referência devem ter acesso à assistência laboratorial para a execução dos exames recomendados no item IV e de outros que, a critério clínico, poderão vir a ser solicitados. Cabe ressaltar que a solicitação desses exames é justificada pelo fato de que 16% das mulheres que sofrem violência sexual contraem algum tipo de DST e que 1 em cada 1000 é infectada pelo HIV.

Os laboratórios devem estar equipados para realizarem exames sorológicos, bacterioscópicos e cultura.

5. Registro de dados

Deve-se manter um sistema padronizado de registro dos dados, de modo a possibilitar a uniformização de informações dos vários serviços, as quais poderão, assim, ser comparadas e analisadas em bancos de dados do SUS/MS. Esse registro pode ser feito a partir do prontuário regular de cada serviço. Nas próximas sessões, são apresentados modelos de fichas de atendimento que podem servir de base para a elaboração dos relatórios, os quais deverão ser periodicamente enviados ao Ministério da Saúde, via Secretarias Estaduais de Saúde.

6. Sensibilização e treinamento das equipes multidisciplinares

Na sensibilização de todos os funcionários da unidade hospitalar, propõe-se a realização de atividades que favoreçam a reflexão coletiva sobre o problema da violência sexual, as

dificuldades que as meninas, adolescentes e mulheres enfrentam para denunciar este tipo de crime, os direitos assegurados pelas leis brasileiras e o papel do setor saúde, em sua condição de co-responsável na garantia desses direitos. Essas atividades podem incluir dramatizações em pequenos grupos, vídeos educativos, reuniões de esclarecimentos sobre aspectos médicos, jurídicos e éticos.

As equipes envolvidas diretamente na assistência deverão receber treinamento sobre o atendimento humanizado às mulheres que poderão ser submetidas à interrupção da gravidez. Os médicos deverão, além disso, ser treinados para a utilização das diferentes técnicas recomendadas para a interrupção da gestação.

IV. NORMAS GERAIS DE ATENDIMENTO

Os hospitais de referência deverão estabelecer o fluxo de atendimento – desde quem fará a entrevista e registro da história, inclusive com a definição de quem realizará tais atividades, até o exame clínico e o acompanhamento psicológico –, levando-se em conta as condições em que a mulher ou a adolescente chega ao serviço, por exemplo: se há necessidade de tratamento de emergência ou internação, se há sangramento etc.

Em qualquer situação, no entanto, todas as mulheres devem ser informadas sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância de cada conduta, respeitando-se a sua opinião ou recusa em relação a algum procedimento.

Deverá ser propiciado atendimento psicológico destinado a fortalecer a capacidade dessas mulheres em lidar com os conflitos e os problemas inerentes à situação vivida. O reforço à auto-estima, no sentido de contribuir para a sua reestruturação emocional, é um componente importante que deverá ser observado por todos os membros da equipe, em todas as fases do atendimento. Esse atendimento deverá ser iniciado por ocasião da primeira consulta, devendo estender-se a todo o período de atendimento à mulher e após a interrupção da gravidez ou, se for o caso, durante o pré-natal.

Atendimento médico

Esse atendimento compreenderá:

- abertura de prontuário médico;
- anamnese clínica e tocoginecológica minuciosa, com ênfase na regularidade do ciclo menstrual e data da última menstruação;
- exame físico e ginecológico completos, com determinação da idade gestacional, se for o caso, e, sempre que possível, complementado com ultra-sonografia; e
- solicitação dos exames laboratoriais de rotina

tipagem sanguínea

sorologia para sífilis

cultura de secreção vaginal e do canal cervical

sorologia para hepatite tipo B

sorologia anti-HIV.

V. ATENDIMENTO A MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA SEXUAL

É necessário que toda mulher vítima de violência sexual seja orientada no sentido de que registre a ocorrência. Deve-se levar em consideração que, em determinadas circunstâncias, é

muito difícil para ela apresentar queixa à polícia. É fundamental esclarecer a essa mulher que a denúncia é um fato importante para que a violência não se repita. No entanto, ela não deve ser obrigada a realizá-la.

Caso a mulher não aceite ser atendida por um profissional do sexo masculino, deve-se compreender a dificuldade que ela apresenta nesse momento. Essa postura não significa uma agressão em relação ao profissional em questão.

Além do tratamento das lesões e do abalo psicológico, é importante a realização de um exame físico completo, envolvendo exame ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais e coleta de material para identificação do agressor.

A primeira entrevista da mulher na unidade de saúde deverá ter por objetivo a investigação e o levantamento de dados sobre:

- a história da mulher, com ênfase na relativa ao estupro (quem, quando, onde e como aconteceu);
- as providências já tomadas pela mulher ou por sua família, tais como: atendimento médico de urgência, a obtenção do Boletim de Ocorrência Policial e a realização de Exame de Corpo de Delito;
- se a mulher estiver grávida ou suspeitando de gravidez, deve-se identificar claramente a demanda trazida por ela, focalizada nos seguintes aspectos: identificação do desejo de interrupção da gravidez ou não, discussão a respeito dos direitos legais já garantidos à mulher, existência de valores morais e religiosos que possam determinar ou influenciar a decisão da mulher e a discussão de alternativas à interrupção da gravidez, como a entrega da criança para adoção, a realização de pré-natal etc.;
- a identificação de redes de apoio à mulher: familiar e ou social; e
- a caracterização do perfil socioeconômico da mulher.

Essa entrevista inicial deverá ser realizada por profissionais devidamente sensibilizados/as para a questão.

Cuidados médicos e de enfermagem

a. Coleta de material para identificação do agressor

O material colhido deve ser conservado da seguinte forma: colocá-lo em papel filtro estéril, secá-lo e guardá-lo em envelope. O material nunca deve ser acondicionado em sacos plásticos que facilitam a transpiração e, com a manutenção de ambiente úmido, facilitam a proliferação de bactérias que podem destruir as células e o DNA. O material deve ser identificado e anexado ao prontuário. Nos serviços em que houver possibilidade de congelamento do material (tecido embrionário ou ovular), tal providência poderá ser adotada.

Esse material deverá ficar arquivado no serviço, em condições adequadas, à disposição da justiça.

b. Anticoncepção de emergência (apenas para os casos de estupro até 72 horas de ocorrido)

Recomenda-se o "Método de Yuzpe", que consiste na tomada de anticoncepcional oral, combinado na dose total de 200mcg de etinil-estradiol mais 100mcg de levonorgestrel, em duas doses, com intervalo de 12 horas, sendo a primeira ingestão até 72 horas depois do estupro.

Quando se utilizar anticoncepcionais orais de média dosagem, recomenda-se 4 comprimidos a cada 12 horas, em duas tomadas.

Em pacientes com restrições ao uso de estrogênio, o uso de progesterona de alta dosagem, como levonorgestrel 750 mcg, em duas doses, com intervalo de 12 horas, pode ser indicado com bons resultados.

Exemplos:

Anticoncepcionais orais, contendo 0,05mg de etinil-estradiol por comprimido + 0,25mg de levonorgestrel: 02 comprimidos de 12 em 12 horas (02 doses)

Anticoncepcionais orais de média dosagem, contendo 0,03mg de etinil-estradiol + 0,15mg de levonorgestrel por comprimido: 4 comprimidos de 12 em 12 horas (02 doses).

Obs.: Se houver vômitos até uma hora depois da ingestão dos comprimidos, estes efeitos podem ser minimizados, repetindo-se a dose após as refeições, com o uso concomitante de antiemético.

Anticoncepção de emergência será desnecessária se a mulher estiver usando um método anticoncepcional de alta eficácia, como anticoncepcional oral, injetável ou DIU.

A inserção do DIU não está recomendada devido ao risco potencial de facilitar a ascensão de microorganismos no trato genital feminino, além da manipulação genital ser particularmente traumatizante neste momento da mulher.

c. Prevenção de DST/AIDS

- Azitromicina 1g VO dose única + cefixina 400 mg VO dose única.

Para gestante: amoxicilina 500 mg / VO, 8/8 h, por 07 dias + cefixina 400 mg / VO, dose única.

- Prevenção da sífilis: penicilina benzatina na dose única de 2.400.000 IM.
- Vacinação anti-hepatite B. Nos casos em que o serviço tiver condições, sugere-se a imunoprofilaxia com imunoglobulina hiperimune para hepatite B (HIBG), em 3 doses. *A gravidez e a lactação não são contra-indicações para a utilização da vacina.* Na sua indisponibilidade, sugere-se a utilização da imunoglobulina humana.
- A mulher deve ser orientada a retornar imediatamente se ocorrer falha menstrual, que pode ser indicativo de gravidez.

VI. ATENDIMENTO À MULHER COM GRAVIDEZ DECORRENTE DE ESTUPRO

Esse atendimento deverá ser dado a mulheres que foram estupradas, engravidaram e solicitam a interrupção da gravidez aos serviços públicos de saúde.

Documentos e procedimentos obrigatórios

- Autorização da grávida – ou, em caso de incapacidade, de seu representante legal –, para a realização do aborto, firmada em documento de seu próprio punho, na presença de duas testemunhas – exceto pessoas integrantes da equipe do hospital –, que será anexada ao prontuário médico.
- Informação à mulher – ou a seu representante legal –, de que ela poderá ser responsabilizada criminalmente caso as declarações constantes no Boletim de Ocorrência Policial (BOP) forem falsas.
- Registro em prontuário médico, e de forma separada, das consultas, da equipe multidisciplinar e da decisão por ela adotada, assim como dos resultados de exames clínicos ou laboratoriais.
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial.

Recomendados

- Cópia do Registro de Atendimento Médico à época da violência sofrida.
- Cópia do Laudo do Instituto de Medicina Legal, quando se dispuser.

Procedimentos para a interrupção da gravidez

O procedimento deverá ser diferenciado, de acordo com a idade gestacional.

I. Até 12 semanas, podem ser utilizados, para o esvaziamento da cavidade uterina, os dois métodos identificados a seguir.

1. Dilatação do colo uterino e curetagem

Deverá ser realizada em centro cirúrgico equipado adequadamente, com todos os cuidados de assepsia e antisepsia, sob anestesia, devendo-se evitar a anestesia paracervical. A dilatação do colo uterino deverá ser suficiente para a introdução de pinça de Winter, que servirá para a tração das membranas ovulares. Depois, será procedida a curetagem da cavidade uterina. É recomendável que se introduza um comprimido de misoprostol 200mcg (Cytotec) intravaginal, no mínimo 12 horas antes do procedimento, destinado ao preparo do colo uterino com vistas ao menor traumatismo durante a dilatação.

2. Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU)

A aspiração manual compreende um jogo de cânulas plásticas flexíveis de tamanhos que variam de 4 a 12mm de diâmetro, além de um jogo de dilatadores anatômicos nos mesmos diâmetros, seringas de vácuo com capacidade para 60ml e um jogo de adaptadores para conectar a cânula à seringa. Preferentemente, deve ser feita sob anestesia local (paracervical) ou outra anestesia.

A técnica consiste em dilatar o colo uterino até que fique compatível com a idade gestacional. Introduce-se a cânula correspondente e se procede à aspiração da cavidade uterina, tomando-se o cuidado de verificar o momento correto do término do procedimento, ocasião esta em que se sente a aspereza das paredes uterinas, a formação de sangue espumoso e o enlramento da cânula pelo útero, e em que as pacientes sob anestesia paracervical referem cólicas.

II. Idade Gestacional entre 13 e 20 semanas

A interrupção da gravidez dar-se-á mediante a indução prévia com misoprostol na dose de 100 a 200mcg no fundo de saco vaginal, após limpeza local com soro fisiológico, a cada 6 horas. A critério clínico, poderá ser associado o uso de misoprostol oral ou ocitocina endovenosa. Após a eliminação do conceito, proceder-se-á a complementação do esvaziamento uterino com curetagem, se necessário. Deve ser considerado que há um risco de complicações, que varia de 3 a 5%, nos casos de interrupção da gravidez neste período.

III. Idade Gestacional acima de 20 semanas

Nesses casos, não se recomenda a interrupção da gravidez. Deve-se oferecer acompanhamento pré-natal e psicológico, procurando-se facilitar os mecanismos de adoção, se a mulher assim o desejar.

Observações importantes

Nos locais onde o exame puder ser realizado, sugere-se guardar uma amostra do material do embrionário ou fetal eliminado, que deverá ser congelada para a eventualidade de comprovação de paternidade, na justiça, por meio da análise do DNA.

As gestantes com fator RH negativo e teste de Coombs indireto negativo deverão receber uma ampola de imunoglobulina anti-RH, até 72 horas após a interrupção da gravidez.

Não se recomenda o uso de antibióticos, a menos que a paciente apresente sinais de infecção ou se houver suspeita de contaminação da cavidade uterina durante o ato cirúrgico.

O uso de ocitócitos fica reservado para quando houver indicação clínica.

Alta Hospitalar

No momento da alta, o serviço de saúde deverá assegurar orientação e métodos anticoncepcionais. A mulher deverá retornar ao serviço de saúde entre 15 e 30 dias depois da interrupção da gravidez, para acompanhamento médico e psicológico. Se necessário, deverá retornar antes. A sorologia para sífilis deverá ser repetida 30 dias após a violência sexual; a sorologia anti-HIV deverá ser solicitada com 90 e 180 dias; e, para a hepatite B, com 60 e 180 dias.

IV - PROFILAXIA E CONTROLE DA DOR

Um item importante a ser considerado pelos serviços é o controle da dor durante todo o procedimento de interrupção da gestação. Para a dilatação e a curetagem, é necessário anestesia geral ou analgesia locorregional (raquidiana ou peridural). Para o processo de aspiração manual intra-uterina, até a 10^a. semana, poderá ser realizada anestesia local paracervical. A anestesia ou analgesia por via endovenosa deverá ser realizada sempre que o caso requerer, particularmente nas gestações acima de 12 semanas. Não se deve economizar analgésicos, até mesmo analgésicos maiores, durante o processo de indução para minimizar a dor decorrente da contração uterina.

Modelo de Ficha 1

FICHA DE ATENDIMENTO À MULHER QUE SOFREU VIOLÊNCIA SEXUAL

DATA: ____ / ____ / ____ PRONTUÁRIO: ____

Nome: _____

Idade: ____ Ocupação: _____

Estado civil: _____ Escolaridade: _____

Cor: _____

Data da violência: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Local: residência ☐ rua ☐ outro ☐ _____

Agressor: conhecido ☐ desconhecido ☐ múltiplos ☐

parente ☐ grau de parentesco _____

Cor do agressor: _____

Tipos de relação: vaginal ☐ oral ☐ anal ☐

Intimidação: arma ☐ força física ☐ ameaça ☐

Paciente havia utilizado álcool ou drogas: não ☐ sim ☐ tipo: _____

Agressor: não ☐ sim ☐ tipo: _____

Traumas físicos: não ☐ sim ☐ tipo: _____

Breve história da ocorrência: _____

Uso de anticoncepção antes da ocorrência: não ☐ sim ☐ tipo: _____

Uso de medicação após a violência: não ☐ sim ☐ tipo: _____

Atividade sexual antes: não ☐ sim ☐

Gesta ____ Para ____ Abortamentos: E sp ____ Ind ____ DUM ____ / ____ / ____

EFG: ____ PA ____ P ____ T ____

Lesões genitais _____

Outras: _____

Colhido conteúdo vaginal: sim ☐ não ☐

Colhido sangue ou sêmen nas vestes: sim x não x

Orientada para registro policial: sim x não x

Orientada sobre direitos legais: sim x não x

Contracepção de emergência: sim x não x tipo: _____

Profilaxia de DST: sim x não x tipo: _____

Encaminhada ao ambulatório: sim x não x motivo: _____

Médico que atendeu: _____ crm: _____

Modelo de Ficha 2

HOSPITAL _____

FICHA DE ATENDIMENTO À MULHER GRÁVIDA EM DECORRÊNCIA DE ESTUPRO

DATA: ____/____/____ PRONTUÁRIO: _____

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Ocupação: _____

Estado civil: _____ Escolaridade: _____

Cor: _____

1. DADOS DA OCORRÊNCIA

Data da violência: ____/____/____ Hora: _____

Local: residência x rua x outro x _____

Agressor: conhecido x desconhecido x múltiplos x parente x _____

Cor do agressor: _____

Tipos de relação: vaginal x oral x anal x

Intimidação: arma ☐ _____ força física ☐ ameaça ☐

Paciente havia utilizado álcool ou drogas: não ☐ sim ☐ tipo: _____

Agressor: não ☐ sim ☐ tipo: _____

Traumas físicos: não ☐ sim ☐ tipo: _____

Breve história da ocorrência:

Data do BOP: ____/____/____ Delegacia: _____

Laudo do IML: não ☐ sim ☐

3. ATENDIMENTO LOGO APÓS O ESTUPRO

Uso de contracepção de emergência: não ☐ sim ☐ tipo: _____

Profilaxia DST/AIDS: não ☐ sim ☐ tipo: _____

Outros exames: _____

Colhido conteúdo vaginal: sim ☐ não ☐

Colhido sangue ou sêmen as vestes: sim ☐ não ☐

Orientada para registro policial: sim ☐ não ☐

Orientada sobre direitos legais: sim ☐ não ☐

Encaminhada ao ambulatório: sim ☐ não ☐ motivo: _____

4. ATENDIMENTO NA UNIDADE HOSPITALAR

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO:

ATENDIMENTO SERVIÇO SOCIAL:

ATENDIMENTO MÉDICO:

Atividade sexual antes: não ☐ sim

G esta _____ Para _____ Abortamentos: Esp _____ Ind _____ DUM ____/____/____

EFG: _____ PA _____ P _____ T _____ Lesões genitais _____

Outras: _____

Avaliação de comissão multiprofissional: ☐ aprovado ☐ não aprovado

INTERRUPÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO DATA: ____/____/____

Idade gestacional: _____

Método utilizado: _____

Anestesia utilizada: _____

Tempo de internação: _____

Tempo decorrido entre a entrevista inicial e a interrupção (dias): _____

Presença de DSTs na internação: não ☐ sim ☐ tipo: _____

Seguimento ambulatorial: agendada consulta para ☐ médico

☐ psicólogo

☐ assistente social

Médico responsável: _____ crm _____

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro José Serra

SECRETÁRIO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Dr. João Yunes

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE POLÍTICAS ESTRATÉGICAS

Dra. Ana Maria Figueiredo

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER

- Dra. Tânia Di Giacomo do Lago - Coordenadora
- Dra. Elcylene Maria de Araújo Leocádio
- Dra. Janine Schirmer
- Dra. Regina Coeli Viola
- Dr. Paulo Kalume Maranhão

ELABORAÇÃO DA NORMA TÉCNICA

- Ana Paula Portella, Pesquisadora; Dr. Aluizio Bedoni, Ginecologista e Obstetra; Eugênio Marcelo Pitta Tavares, Ginecologista e Obstetra; Dra. Elcylene Maria de Araújo Leocádio, Médica Sanitarista; Dra. Janine Schirmer, Enfermeira Obstetra; Dr. Jorge Andalaft Neto, representante da Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia.

INSTITUIÇÕES CONSULTADAS

- Grupo de Avaliação Técnica de Saúde. SES/SP; Divisão de Saúde da Mulher DAS/SES/PE; Coordenação de Programas de Atendimento Integral à Saúde. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. RJ; Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil – São Paulo / SP ; Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros / UPE. Recife / PE; Hospital Maternidade da Praça XV- Rio de Janeiro / RJ; Hospital Materno-Infantil de Brasília – Brasília / DF; Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher / CNS; Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – Ministério da Justiça.

ANEXO 02

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
ATENÇÃO HUMANIZADA
AO ABORTAMENTO
NORMA TÉCNICA

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4
Brasília - DF
2005

© 2005. Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial. A cessão dos direitos patrimoniais de autor ao

Ministério da Saúde é de total responsabilidade da Área Técnica.

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4
Tiragem: 1ª edição - 2005 - 40.000 exemplares

Edição, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde da Mulher
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 6º Andar, Sala 629
CEP: 70058-900 – Brasília - DF
Tel.: (61) 315 2933 – Fax: (61) 322 3912
E-mail: saude.mulher@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br>

Elaboração:

Adson França
Aníbal Faundes
Cristião Fernando Rosas
Estela Aquino
Gilberta Soares
Greice Menezes
Jorge Andalaft Neto
Leila Adesse
Maria José de Oliveira Araújo
Rivaldo Mendes de Albuquerque
Valéria Pandjarian

Colaboração:

Eleonora Menecucci de Oliveira
Fátima Oliveira
Ivone Peixoto Gonçalves de Oliveira
Jacira Melo
Jefferson Drezett Ferreira

José Henrique Torres
Juliana Monti Maifrino
Miriam Ventura

Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

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/Ministério da Saúde,
Secretaria de Atenção à
Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília:
Ministério da Saúde, 2005.

36 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e
Direitos Reprodutivos -
Caderno nº 4)

ISBN 85-334-0873-0

1. Saúde da mulher. 2. Serviços de saúde para mulher. 3. Política de saúde. 4.
Humanização do

atendimento. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.
Departamento de Ações
Programáticas Estratégicas. II. Título. III. Série.

NLM WA 309

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0120

Títulos para indexação:

Em inglês: Humanized Attention to the Abortion. Technical Rule.

Em espanhol: Atención Humanizada al Aborto. Norma Técnica.

APRESENTAÇÃO	5
INTRODUÇÃO	7
1. MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO	10
2. ASPECTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS E JURÍDICOS DO ABORTAMENTO	11
I. Plano internacional	11
II. Plano nacional	12
1. Constituição Federal	12
2. Código Penal, doutrina e jurisprudência	13
3. Norma Técnica <i>Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes</i>	13
4. Código Civil	13
5. Ética profissional	14
3. ACOLHER E ORIENTAR	17
I. Não julgar	17
II. Acolhimento é tarefa da equipe de saúde	18
III. Roteiro de conversa	18
IV. Acolhimento	19
V. Informar e orientar	20
4. ATENÇÃO CLÍNICA AO ABORTAMENTO	22
I. Aspectos clínicos	22
1. Ameaça de abortamento	22
2. Abortamento completo	23
3. Abortamento inevitável/incompleto	23
4. Abortamento retido	23
5. Abortamento infectado	23
6. Abortamento habitual	24

7. Abortamento eletivo previsto em lei	
. . . 24	
II. Escolhendo as técnicas de esvaziamento uterino	
. 25	
1. Abortamento farmacológico	
. . . 26	
2. Aspiração manual intra-uterina (AMIU)	
. . . 27	
3. Curetagem uterina	
. . . . 27	
III. Alívio da dor	
. 28	
5. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PÓS-ABORTAMENTO.	30
I. Orientação em planejamento reprodutivo	
. 30	
II. Oferta de métodos anticoncepcionais.	
. 31	
III. Abortamento espontâneo e orientação concepcional.	
. 31	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

O Ministério da Saúde, cumprindo o seu papel de normatizador da atenção que é prestada à população e visando a garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres, elaborou a Norma Técnica *Atenção Humanizada ao Abortamento*, um guia para apoiar profissionais e serviços de saúde e introduzir novas abordagens no acolhimento e na atenção, com vistas a estabelecer e a consolidar padrões culturais de atenção com base na necessidade das mulheres, buscando, assim, assegurar a saúde e a vida. A Norma Técnica é o reconhecimento do Governo brasileiro à realidade de que o aborto realizado em condições inseguras é importante causa de morte materna; que as mulheres em processo de abortamento, espontâneo ou induzido, que procuram os serviços de saúde devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade; e que a atenção tardia ao abortamento inseguro e às suas complicações

pode ameaçar a vida, a saúde física e mental das mulheres.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, e a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida

em Beijing em 1995, afirmam os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres como direitos humanos e recomendam aos Estados atenção de qualidade

a todas as pessoas para que possam exercer tais direitos.

O Estado brasileiro assumiu, desde então, compromissos com a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos que devem ser traduzidos em ações que

possibilitem a mulheres e homens vivenciarem com plenitude e saúde a sua sexualidade, decidirem, livre e conscientemente, ter ou não ter filhos – o seu número e espaçamento entre eles; acessarem informações e os meios necessários à

concretização de suas decisões reprodutivas, além de tratamento digno e de qualidade, quando dele necessitarem.

O Ministério da Saúde consolida, com a publicação desta Norma Técnica, instrumento de ação para produzir resultados práticos que reflitam respeito à cidadania feminina e expressem os cumprimentos das Resoluções da Cúpula do

Milênio das Nações Unidas (Nova Iorque, 2000), que definiu como uma de suas

metas a redução dos níveis de mortalidade materna em 75%, até o ano 2015, em

relação aos índices da década de 1990.

A Norma Técnica *Atenção Humanizada ao Abortamento* é dirigida aos gestores, serviços e profissionais de saúde e a todas as pessoas comprometidas com

a garantia dos direitos humanos de mulheres e adolescentes no Brasil.

HUMBERTO COSTA

Ministro da Saúde

5

O abortamento representa grave problema de saúde pública em países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, com sua discussão envolvendo complexo conjunto de

aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais.

O abortamento espontâneo ocorre em aproximadamente 10% das gestações, envolvendo sentimentos de perda, culpa pela impossibilidade de levar a gestação a termo,

além de trazer complicações para o sistema reprodutivo, requerendo atenção técnica

adequada, segura e humanizada.

Para grande contingente de mulheres, o abortamento resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo a falta de informação sobre

anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no seu uso e ausência de

acompanhamento pelos serviços de saúde. É preciso destacar que para outras mulheres a

gestação que motiva o abortamento resulta de relações impostas pelos seus parceiros ou

de situações de estupro.

Aspectos culturais, religiosos e legais inibem as mulheres a declararem seus abortamentos, dificultando o cálculo da sua magnitude. Independentemente dessa

dificuldade, sabe-se que o abortamento é vastamente praticado, com o uso de meios

diversos, muitas vezes induzidos pela própria mulher ou realizados por profissionais em

condições inseguras, em geral acarretando conseqüências danosas à saúde, podendo,

inclusive, levar à morte.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, metade das gestações é

indesejada, com uma a cada nove mulheres recorrendo ao abortamento para interrompê-las.

Estima-se que na América Latina e no Caribe ocorram anualmente 18 milhões de

gestações, sendo que destas 52% não foram planejadas, com 23% terminando em

abortamento (AGI, 1999). Para o Brasil, calcula-se que 31% das gestações terminam em

abortamento. Estima-se (AGI, 1994) haver ocorrência anual de 1.443.350 abortamentos,

com taxa de 3,7 abortos/100 mulheres de 15 a 49 anos, bastante superior aos valores

encontrados em países da Europa ocidental, nos quais a prática do aborto é legal e acessível.

Atualizados para o período 1994/1996, a incidência estimada de abortamentos provocados

no País, apesar do decréscimo, situou-se ainda em patamares elevados, em 1996, entre

728.100 e 1.039.000, estimativa média e máxima, respectivamente (Corrêa & Freitas,

1997).

Em países em que as mulheres têm acesso a serviços seguros, suas probabilidades de morrer em decorrência de abortamento realizado com métodos modernos não é maior do que uma para cada 100.000 procedimentos (*The Alan Guttmacher Institute*, 1999). Em países em desenvolvimento, o risco de morte por complicações de procedimentos de abortamento inseguro é várias vezes mais alto do que de abortamento realizado por profissionais e em condições seguras (Organização Mundial de Saúde, 2004).

7

O abortamento representa uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. Pesquisa realizada em 2003 por Laurenti et al., em todas as capitais e no Distrito Federal, permitiu a identificação de fator de correção de 1.4 a ser aplicado à razão de mortes maternas, evidenciando valor corrigido de 74 óbitos/100.000 nascidos vivos no País, diferentemente do que ocorre em países desenvolvidos, onde essas taxas de morte, especificamente por aborto, são reduzidas. Entre 1995 e 2000, estatísticas de vários países europeus mostram taxas inferiores a 10 óbitos/100.000 nascidos vivos, com o abortamento sendo realizado em condições seguras, não se constituindo mais importante causa de óbito (Alexander et al., 2003). A despeito da subnotificação dos óbitos por abortamento, tem sido observada, nas últimas décadas, tendência de declínio da taxa de mortalidade por essa causa no Brasil. Entretanto, verifica-se não só decréscimo da média de idade das mulheres que foram a óbito, como também a permanência de desigualdades regionais, com menor redução dessas taxas nos estados nordestinos. É também nesta região do País onde as mortes decorrentes do abortamento inseguro adquirem mais importância entre as causas de morte materna. Em municípios da região metropolitana do Recife, incluindo a capital, entre 1994 e 1996, o abortamento ocupou, respectivamente, o primeiro e segundo lugar deste grupo de causas, decrescendo nos anos seguintes (Valongueiro, 1996; Recife, 1998) e, em Salvador, desde o início da década de 90, o abortamento permanece como a primeira causa isolada de morte materna, com adolescentes e jovens

apresentando maiores riscos de morte (Compte, 1995; Menezes & Aquino, 2001).

Considerando que a mortalidade representa apenas a ponta do *iceberg*, os dados

referentes à hospitalização por abortamento confirmam a magnitude desse problema. A

curetagem pós-abortamento representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas

unidades de internação da rede pública de serviços de saúde, superada apenas pelos partos

normais.

As repercussões sociais na vida pessoal, familiar e no mundo do trabalho precisam

ser analisadas e respeitadas, na medida em que o abortamento atinge mulheres jovens,

em plena idade produtiva e reprodutiva, levando-as desnecessariamente à morte ou

implicando seqüelas à sua saúde física, mental e reprodutiva. Complicações físicas

imediatas, como hemorragias, infecções, perfurações de órgãos e infertilidade se somam

aos transtornos subjetivos, ao se vivenciar o ônus de uma escolha inegavelmente difícil

num contexto de culpabilização e penalização do abortamento.

No Brasil, sua prática se traduz numa inequívoca expressão das desigualdades sociais, pois, embora compartilhem a mesma situação ante a ilegalidade da intervenção,

as mulheres percorrem distintas trajetórias, com uma minoria delas podendo arcar com os

custos de um abortamento rápido, seguro e sem riscos. A maior parcela da população

feminina recorre a várias estratégias inseguras que, freqüentemente, se complicam e

acarretam mortes maternas por abortamento.

A necessidade de atenção oportuna é imperiosa, dada a dificuldade das mulheres

em reconhecer sinais de possíveis complicações, aliada ao fato de que o medo e a

vergonha são fatores que podem retardar a busca de cuidado. Não menos importante que

esses aspectos, faz-se necessário superar a discriminação e a desumanização do

8

atendimento às mulheres em situação de abortamento, ainda uma realidade de muitos

serviços públicos no País. São expressões disso não só a recusa da internação em certos

hospitais ou a longa espera para atendimento, como também a demora na resposta às

demandas das mulheres, seja por desqualificação dos sintomas, seja por tomá-los como expressão de suposto sentimento de culpa por terem provocado o abortamento.

Esta Norma pretende, portanto, fornecer aos profissionais subsídios para que possam oferecer não só cuidado imediato às mulheres em situação de abortamento, mas

também, na perspectiva da integralidade deste atendimento, disponibilizar às mulheres

alternativas contraceptivas, evitando o recurso a abortamentos repetidos. Para mulheres

com abortamentos espontâneos, que desejem nova gestação, deve ser garantido

atendimento adequado às suas necessidades.

É fundamental, por fim, reconhecer que a qualidade da atenção almejada inclui aspectos relativos à sua humanização, incitando os profissionais, independentemente dos

seus preceitos morais e religiosos, a preservarem postura ética, garantindo o respeito aos

direitos humanos das mulheres.

9

A inclusão de modelo humanizado de atenção às mulheres com abortamento é propósito desta Norma, não apenas como guia de cuidados, mas também na intenção de oferecer às mulheres, aos serviços de saúde e à sociedade novo paradigma

que torne segura, sustentável e efetiva a atenção às mulheres em situação de abortamento. Para que esse modelo possa ser implantado, faz-se necessária a inclusão

dos seguintes elementos essenciais:

a) Parceria entre a comunidade e os prestadores de serviço para a prevenção das gestações indesejadas e do abortamento inseguro, para a mobilização de recursos e para garantir que os serviços reflitam e satisfaçam as expectativas e necessidades da comunidade;

b) Acolhimento e orientação para responder às necessidades de saúde emocional

e física das mulheres, além de outras preocupações que possam surgir;

c) Atenção clínica adequada ao abortamento e suas complicações, segundo referenciais éticos, legais e bioéticos;

d) Oferecimento de serviços de planejamento reprodutivo às mulheres pósabortamento,

inclusive orientações para aquelas que desejem nova gestação;

e) Integração com outros serviços de promoção à saúde da mulher e de inclusão social às mulheres.

Parceria com a comunidade
Planejamento reprodutivo
Integração com serviços de atenção à saúde da mulher
Atenção humanizada às mulheres em abortamento

10

A atenção humanizada às mulheres em 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 qualquer discriminação ou restrição do acesso a 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.

I. PLANO INTERNACIONAL

Conferências das Nações Unidas reconhecem tais direitos, especialmente no campo da saúde e da autodeterminação sexual e reprodutiva.

Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, Viena (1993): 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.

Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo (1994) e 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing (1995): 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; o

tema do abortamento inseguro deve ser tratado de forma humana e solidária.

Cairo e Beijing definem como **SAÚDE REPRODUTIVA** *“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”.

A saúde reprodutiva inclui o direito de mulheres e homens:

Fonte: Item 7.2, Cairo, § 94, Beijing.

11

b) A procriar, com liberdade para decidir fazê-lo ou não, quando e com que frequência;
c) À informação e ao acesso a métodos seguros, eficientes e exequíveis de planejamento familiar de sua escolha;
d) Ao acesso a serviços de acompanhamento na gravidez e no parto sem riscos, garantindo-lhes as melhores possibilidades de terem filhosãos. Pela magnitude dos efeitos dos abortamentos realizados em condições inadequadas sobre a saúde da mulher, os governos foram instados a desenvolver ações para tratá-los, a considerar o abortamento como importante problema de saúde pública e a reduzir sua prática mediante a prestação de serviços de planejamento familiar (§ 8.25, Cairo), bem como *“considerar a possibilidade de reformar as leis que prevêm medidas punitivas contra as mulheres que tenham sido submetidas a abortos ilegais”* (§ 106 k, Beijing). Ainda, *“em circunstâncias em que o aborto não é contra a lei, o sistema de saúde deve treinar e equipar os provedores de serviços de saúde e deve tomar outras medidas para assegurar-se de que tais abortos sejam seguros e acessíveis”* (Cairo +5, art. 63, iii).

O Brasil é signatário dos documentos dessas conferências e de tratados internacionais de direitos humanos, com destaque para a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ONU, 1979) e para a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (OEA, 1994).

II. PLANO NACIONAL

A legislação brasileira incorpora os direitos humanos internacionais e prevê princípios e normas éticas e jurídicas relacionadas à prevenção da gestação indesejada e ao abortamento. São elas:

1. CONSTITUIÇÃO FEDERAL

IGUALDADE: *“homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações”* (art. 5, I), inclusive no que se refere à *“sociedade conjugal”* (art. 226, § 3º).

PLANEJAMENTO FAMILIAR: *“fundado no princípio da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal,*

competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse

direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (art.

226, § 7º). A Lei n.º 9.263/96 o define como o conjunto de ações de regulação da

fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela

mulher, homem ou casal.

A prevenção da gravidez não desejada, do abortamento e de suas consequências são de alta prioridade para profissionais de saúde. Às mulheres deve ser garantido o acesso: à informação e orientação humana e solidária; ao abortamento previsto em lei; à atenção de qualidade em complicações derivadas de abortos; e ao planejamento reprodutivo pósabortamento

para, inclusive, evitar abortamentos repetidos.

12

2. CÓDIGO PENAL, DOUTRINA E JURISPRUDÊNCIA

NÃO É CRIME E NÃO SE PUNE: o abortamento praticado por médico(a), se:

a) Não há outro meio de salvar a vida da mulher (art. 128, I);

b) A gravidez é resultante de estupro (ou outra forma de violência sexual), com o

consentimento da mulher ou, se incapaz, de seu representante legal (art. 128, II).

A jurisprudência brasileira tem autorizado a interrupção de gravidez nos casos de malformação fetal com inviabilidade de vida extra-uterina, com o consentimento da mulher.

Em todos esses casos, o abortamento é um direito da mulher.

3. NORMA TÉCNICA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES

O Ministério da Saúde normatizou os procedimentos para o atendimento ao abortamento em gravidez por violência sexual, conforme Norma Técnica *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, que contempla a organização da atenção e um guia geral para este atendimento. O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesses casos e a mulher violentada sexualmente não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Devese

orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas, caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento.

O(a) médico(a) e demais profissionais de saúde não devem temer possíveis consequências jurídicas, caso revele-se posteriormente que a gravidez

não foi resultado de violência sexual, pois “*é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima*” (Código Penal, art. 20, § 1º).

4. CÓDIGO CIVIL

DO CONSENTIMENTO

O consentimento da mulher 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;

b) A partir dos 16 e antes dos 18 anos: a adolescente deve ser assistida pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam **com ela**;

13

c) Antes de completar 16 anos: a adolescente ou criança deve ser

representada pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam **por ela**.

A outra circunstância em que é necessário o consentimento de representante legal (curador/a ou tutor/a) refere-se à mulher que, por qualquer razão, não tenha condições de discernimento e de expressão de sua vontade. De qualquer forma, sempre que a mulher ou adolescente tiver condições de discernimento e de expressão de sua vontade, deverá também consentir, assim como

deverá ser respeitada a sua vontade se não consentir com o abortamento, que não

deverá ser praticado, ainda que os seus representantes legais assim o queiram.

5. ÉTICA PROFISSIONAL

DO SIGILO PROFISSIONAL

Diante de abortamento espontâneo ou provocado, o(a) médico(a) ou qualquer profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao

Ministério Público, pois o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é dever

legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento. O não cumprimento da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e éticoprofissional

contra quem revelou a informação, respondendo por todos os danos causados à mulher.

É crime: *“revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano*

a outrem” (Código Penal, art. 154).

QUANTO À MENOR DE IDADE

Código de Ética Médica: *“é vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde*

que o adolescente tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus

próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos

ao paciente” (art. 103).

Constituição Federal: *“são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação”* (art. 5º, X).

Estatuto da Criança e do Adolescente: a) Considera-se criança a pessoa menor de 12 anos de idade; e adolescente, a partir dos 12 e antes de completar

18 anos; e b) Deve prevalecer o princípio do respeito à sua opinião e vontade.

14

A assistência à saúde da menor de 18 anos em abortamento deve, pois, submeter-se ao princípio da proteção integral. Se a revelação for feita para preservá-la

de danos, estaria afastado o crime de revelação de segredo profissional. Entretanto, a

revelação do fato também pode lhe acarretar prejuízos ainda mais graves, como o seu afastamento do serviço de saúde e perda da confiança nos profissionais que a assistem.

A decisão, qualquer que seja, deve estar justificada no prontuário da adolescente.

DA OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA

Código de Ética Médica: *“o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje,*

salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa

possa trazer danos irreversíveis ao paciente” (art. 7º). É seu direito *“indicar o procedimento adequado ao paciente observando as práticas reconhecidamente aceitas*

e respeitando as normas legais vigentes no país” (art. 21) e *“recusar a realização de*

atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua

consciência” (art. 28). É vedado *“descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento”*

(art. 43) e *“efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente*

perigo de vida” (art. 48).

Não cabe objeção de consciência:

Em caso de omissão, o(a) médico(a) pode ser responsabilizado(a) civil e criminalmente pela morte da mulher ou pelos danos físicos e mentais que ela venha a

sofrer, pois podia e devia agir para evitar tais resultados (Código Penal, art. 13, § 2º).

É dever do Estado, manter, nos hospitais públicos, profissionais que realizem o abortamento. Caso a mulher venha a sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica

em decorrência da omissão, poderá haver responsabilização pessoal e/ou institucional.

15

a) Em caso de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher;

b) Em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro(a) médico(a) que o faça e quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) médico(a);

c) No atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência.

É dever do(a) médico(a) informar à mulher sobre suas condições e direitos e, em caso que caiba a objeção de consciência, garantir a atenção ao abortamento por outro(a) profissional da instituição ou de outro serviço.

Não se pode negar o pronto-atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que violem os direitos humanos das mulheres.

REFERENCIAIS DA BIOÉTICA NO ABORTAMENTO

A atenção humanizada às mulheres em abortamento pressupõe o respeito aos princípios fundamentais da bioética (ética aplicada à vida):

- a) Autonomia: direito da mulher de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida;
- b) Beneficência: obrigação ética de se maximizar o benefício e minimizar o dano (fazer o bem);
- c) Não-maleficência: a ação deve sempre causar o menor prejuízo à paciente, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis de suas ações (não prejudicar);
- d) Justiça: o(a) profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher.

Em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo,

respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e

ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de quaisquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento.

Diante de um caso de abortamento inseguro, adote, do ponto de vista ético, a conduta necessária: “Não fazer juízo de valor e não julgar”, pois o dever de todos os

profissionais de saúde é acolher condignamente e envidar esforços para garantir a

sobrevivência da mulher e não causar quaisquer transtornos e constrangimentos.

A atenção humanizada às mulheres em abortamento é direito de toda mulher e dever de todo(a) profissional de saúde.

16

Quando as mulheres chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento, sua experiência é física, emocional e social. Geralmente, elas verbalizam as queixas físicas, demandando solução, e calam-se sobre suas vivências e sentimentos. A mulher que chega ao serviço de saúde abortando está

passando por um momento difícil e pode ter sentimentos de solidão, angústia, ansiedade, culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, sensação de incapacidade de engravidar novamente. Todos esses sentimentos se

misturam no momento da decisão pela interrupção, sendo que para a maioria das

mulheres, no momento do pós-abortamento, sobressai o sentimento de alívio.

O acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção de qualidade e humanizada às mulheres em situação de abortamento.

Acolher, segundo o dicionário Aurélio é: “*dar acolhida a, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração*”. Pode também ser definido como “*receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la*

e solidarizar-se com ela” (Paidéia, s/d).

A orientação pressupõe o repasse de informações necessárias à

condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É muito importante que o profissional certifique-se de que cada dúvida e preocupação das mulheres sejam devidamente esclarecidas para garantir uma decisão informada.

I. NÃO JULGAR

A capacidade de escuta, sem pré-julgamentos e imposição de valores, a capacidade de lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos básicos do acolhimento que poderão incentivar as mulheres a falarem de seus sentimentos e

17

3

Acolhimento é o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolutividade da assistência.

A ação de orientar deverá promover a autodeterminação, segundo o princípio ético da autonomia.

necessidades. Cabe ao profissional adotar “atitude terapêutica”, buscando desenvolver escuta ativa e relação de empatia, que é a capacidade de criar comunicação sintonizada a partir das demandas das mulheres, assim como a possibilidade de se colocar no lugar do outro.

II. ACOLHIMENTO É TAREFA DA EQUIPE DE SAÚDE

Ao lidar com o atendimento ao abortamento, a equipe de saúde necessita refletir sobre a influência de suas convicções pessoais em sua prática profissional, para

que dessa forma possa ter atitude destituída de julgamentos arbitrários e rotulações.

Esta prática não é fácil, uma vez que muitos cursos de graduação e formação em

serviço não têm propiciado dissociação entre os valores individuais (morais, éticos,

religiosos) e a prática profissional; muito pelo contrário, não preparam os profissionais

para que possam lidar com os sentimentos, com a questão social, enfim, com elementos que vão além da prática biomédica.

Promover o acolhimento e fornecer as informações deve ser prática de todos os

profissionais da equipe multiprofissional e devem estar presentes de forma transversal

durante todo o contato com a mulher. Mais do que um dos passos do atendimento, o

acolhimento é uma prática educativa que deverá refletir a qualidade da relação profissional

de saúde/usuária na perspectiva de construção de novo modelo de atendimento. Para isso,

os profissionais deverão estar devidamente sensibilizados e capacitados para incorporar o

acolhimento e a orientação como prática cotidiana da assistência.

Devemos considerar que o papel de cada profissional de saúde na promoção do acolhimento e da orientação está relacionado a sua formação profissional. No tocante à escuta, é fundamental considerar a atenção psicossocial às mulheres em abortamento, integrando assistentes sociais e psicólogos no atendimento, com suas respectivas especificidades na atenção à saúde, quando possível. Deve-se considerar que os enfoques da Psicologia e do

Serviço Social podem ser diferenciados no trato das questões emocionais, relacionais e sociais. A Enfermagem também tem papel diferenciado por estar presente na porta de entrada, durante o procedimento obstétrico e na fase de recuperação clínica da mulher na unidade de saúde.

III. ROTEIRO DE CONVERSA

Do ponto de vista da escuta e da orientação oferecida pela Psicologia, alguns aspectos podem ser aprofundados a depender da disponibilidade da mulher e das

condições do serviço para este atendimento. Podem estar incluídas no roteiro de

conversa questões como a maternidade e o desejo de ser ou não ser mãe, a sexualidade e o relacionamento com o parceiro. Assim como, na perspectiva da

prevenção da repetição do abortamento, é importante o espaço para elaboração

subjéctiva da experiência, com a verbalização dos sentimentos, a compreensão dos

significados do abortamento no contexto de vida de cada mulher e dos motivos que

levaram ao surgimento de uma gravidez não planejada.

18

MUDANÇA DE POSTURA

Por envolver questões subjéctivas de quem atende e de quem é atendida, o tema do abortamento pressupõe sensibilização da equipe de saúde, visando à mudança de postura, de forma continuada. Nesse sentido, podem ajudar: discussões

coletivas, supervisões clínicas, troca de preocupações, confronto de atitudes e convicções implícitas no atendimento, reuniões e oficinas de sensibilização e capacitação sobre sexualidade e práticas reprodutivas.

ATENÇÃO HUMANIZADA

Promover o acolhimento, a informação, a orientação e o suporte emocional no atendimento favorece a atenção humanizada por meio da interação da equipe com a

clientela, o que determina as percepções desta quanto à qualidade da assistência,

melhora a relação profissional de saúde/usuária, aumenta a capacidade de resposta do

serviço e o grau de satisfação das mulheres com o serviço prestado, assim como

influencia na decisão pela busca de um futuro atendimento. Nos casos de abortamento por estupro, o profissional deverá atuar como facilitador do processo de tomada de decisão pela mulher, respeitando-a.

IV. ACOLHIMENTO

Todos os profissionais de saúde devem promover a escuta privilegiada, evitando julgamentos, preconceitos e comentários desrespeitosos, com abordagem que respeite a autonomia das mulheres e seu poder de decisão, procurando estabelecer relação de confiança.

É RESPONSABILIDADE DA EQUIPE:

- a) Respeitar a fala da mulher, lembrando que nem tudo é dito verbalmente, auxiliando-a a contatar com os seus sentimentos e elaborar a experiência vivida, buscando a autoconfiança;
- b) Organizar o acesso da mulher, priorizando o atendimento de acordo com necessidades detectadas;
- c) Identificar e avaliar as necessidades e riscos dos agravos à saúde em cada caso, resolvendo-os, conforme a capacidade técnica do serviço, ou encaminhando-a para serviços de referência, grupos de mulheres e organizações não-governamentais (ONG) feministas;
- d) Dar encaminhamentos aos problemas apresentados pelas mulheres, oferecendo soluções possíveis e priorizando o seu bem-estar e comodidade;
- e) Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações;
- f) Realizar os procedimentos técnicos de forma humanizada e informando as mulheres sobre as intervenções necessárias.

19

CABE AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL:

- a) Prestar apoio emocional imediato e encaminhar, quando necessário, para o atendimento continuado em médio prazo;
- b) Reforçar a importância da mulher, respeitando o estado emocional em que se encontra, adotando postura autocompreensiva, que busque a auto-estima;
- c) Identificar as reações do grupo social (famílias, amigos, colegas) em que está envolvida;
- d) Perguntar sobre o contexto da relação em que se deu a gravidez e as possíveis repercussões do abortamento no relacionamento com o parceiro;
- e) Conversar sobre gravidez, abortamento inseguro, menstruação, saúde reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos.

V. INFORMAR E ORIENTAR

- a) Estar atento às preocupações das mulheres, aceitando as suas percepções e saberes, passando informações que atendam às suas necessidades e perguntas;
- b) Estabelecer comunicação efetiva, estando atento à comunicação não-verbal (gestos, expressões faciais). Utilizar linguagem simples, aproximativa, inteligível e apropriada ao universo da usuária;
- c) Informar sobre os procedimentos e como serão realizados, sobre as

condições clínicas da usuária, os resultados de exames, os cuidados para evitar complicações posteriores e o acompanhamento pós-abortamento;

d) Orientar quanto à escolha contraceptiva no momento pós-abortamento, informando, inclusive, sobre a contracepção de emergência.

ORIENTAÇÕES CLÍNICAS

SINAIS DE RECUPERAÇÃO NORMAL:

- UM POUCO DE CÓLICA UTERINA DURANTE OS PRÓXIMOS DOIS DIAS, QUE PODE SER ALIVIADA COM ANALGÉSICOS LEVES, E UM POUCO DE SANGRAMENTO, QUE NÃO DEVE EXCEDER O DA MENSTRUACÃO NORMAL;

- UMA NOVA MENSTRUACÃO PODE OCORRER DENTRO DAS PRÓXIMAS 4-8 SEMANAS.

20

ORIENTAÇÕES GERAIS:

a) Informar sobre a rotina de higiene pessoal, reinício da atividade sexual, volta da menstruação e planejamento reprodutivo. O retorno da atividade sexual pós-abortamento não complicado pode ocorrer tão logo a mulher assim o desejar;

b) A fertilidade retornará logo após o procedimento, de forma que é necessária a orientação de planejamento reprodutivo e o acesso a métodos contraceptivos;

c) Agendar retorno para no máximo 15 dias para revisão pós-abortamento;

d) Orientar sobre o que fazer e onde encontrar assistência de emergência;

e) Orientar sobre complicações.

21

SINAIS E SINTOMAS QUE REQUEREM ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA:

- CÓLICAS POR TEMPO PROLONGADO;

- SANGRAMENTO PROLONGADO (MAIS DE DUAS SEMANAS);

- SANGRAMENTO MAIS ABUNDANTE DO QUE UMA MENSTRUACÃO NORMAL;

- DOR INTENSA OU PROLONGADA;

- FEBRE, CALAFRIOS OU MAL-ESTAR GERAL;

- DESMAIOS.

I. ASPECTOS CLÍNICOS

Abortamento é a interrupção da gravidez até a 20^a-22^a semana e com produto da concepção pesando menos que 500g. **Aborto** é o produto da concepção eliminado no abortamento.

São várias as causas de abortamento, contudo, na maioria das vezes, a causa permanece indeterminada. Muitas gestações são interrompidas por decisão pessoal da mulher.

Deve-se oferecer a todas as mulheres exames para classificação sangüínea, e administrar imunoglobulina anti-D naquelas Rh não sensibilizadas, teste sorológico

para sífilis e pesquisa do HIV.

Os abortamentos podem ser classificados em:

- Ameaça de abortamento;

- Abortamento completo;

- Abortamento inevitável/incompleto;
- Abortamento retido;
- Abortamento infectado;
- Abortamento habitual;
- Abortamento eletivo previsto em lei.

1. AMEAÇA DE ABORTAMENTO

O sangramento genital é de pequena a moderada intensidade, podendo existir dores, tipo cólicas, geralmente pouco intensas. O colo uterino (orifício interno) encontra-se fechado, o volume uterino é compatível com o esperado para a idade

gestacional e não existem sinais de infecção. O exame de ultra-som mostra-se normal,

podendo encontrar pequena área de descolamento ovular.

Não existe indicação de internação hospitalar, a mulher deve ser orientada para

ficar em repouso, utilizar analgésico se apresentar dor, evitar relações sexuais durante a

perda sangüínea, e retornar ao atendimento de pré-natal. Nos casos em que não ocorre

regressão das alterações ou se surgir febre, dor pélvica localizada ou sangramento com odor

fétido, deve a mulher retornar ao serviço de saúde para nova avaliação.

4

22

2. ABORTAMENTO COMPLETO

Geralmente, ocorre em gestações com menos de oito semanas. A perda sangüínea e as dores diminuem ou cessam após a expulsão do material ovular.

O

colo uterino (orifício interno) pode estar aberto e o tamanho uterino mostra-se menor que o esperado para a idade gestacional. No exame de ultra-som, encontra-se cavidade uterina vazia ou com imagens sugestivas de coágulos.

A conduta nesse caso é de observação, com atenção ao sangramento e/ou à infecção uterina. Quando persiste o sangramento, ou a mulher deseja interromper a perda sangüínea, deve ser realizada aspiração manual intra-uterina

(AMIU) e, na falta dessa, a curetagem uterina.

3. ABORTAMENTO INEVITÁVEL/INCOMPLETO

O sangramento é maior que na ameaça de abortamento, que diminui com a saída de coágulos ou de restos ovulares, as dores costumam ser de maior intensidade

que na ameaça e o orifício cervical interno encontra-se aberto. O exame de ultra-som

confirma a hipótese diagnóstica, embora não seja imprescindível.

Em gestações com menos de 12 semanas, pelo tamanho uterino, indica-se a aspiração manual intra-uterina (AMIU), por ser mais segura e permitir o esvaziamento

mais rápido. Quando não for possível empregar essa técnica, realiza-se a curetagem

uterina. Em úteros compatíveis com gestação superior a 12 semanas, emprega-se o

misoprostol na dose de 200mcg de 12 em 12 horas, via vaginal, em ciclos de 48 horas de tratamento, com três a cinco dias de intervalo, podendo ser associado à indução com ocitocina. Após a expulsão, estando o útero compatível com gestação com menos de 12 semanas, faz-se a AMIU ou realiza-se a curetagem uterina. Também é importante avaliar a perda sangüínea e, se extremamente necessário, far-se-á transfusão sangüínea.

4. ABORTAMENTO RETIDO

Em geral, o abortamento retido cursa com regressão dos sintomas e sinais da gestação, o colo uterino encontra-se fechado e não há perda sangüínea. O exame de ultrassom

revela ausência de sinais de vitalidade ou a presença de saco gestacional sem embrião

(ovo anembrionado). Pode ocorrer o abortamento retido sem os sinais de ameaça.

Pode ser tratado utilizando-se o misoprostol ou, quando o tamanho uterino corresponder à gestação com menos de 12 semanas, pode-se empregar a técnica de AMIU.

5. ABORTAMENTO INFECTADO

Com muita freqüência, está associado a manipulações da cavidade uterina pelo uso de técnicas inadequadas e inseguras. Estas infecções são polimicrobianas e

provocadas, geralmente, por bactérias da flora vaginal. São casos graves e devem ser

tratados, independentemente da vitalidade do feto. As manifestações clínicas mais

23

freqüentes são: elevação da temperatura, sangramento genital com odor fétido acompanhado de dores abdominais ou eliminação de pus através do colo uterino. Na

manipulação dos órgãos pélvicos, pelo toque vaginal, a mulher pode referir bastante

dor, e deve-se sempre pensar na possibilidade de perfuração uterina.

Os seguintes exames podem ser necessários para melhor avaliação da mulher, bem como para seu seguimento: hemograma com contagem de plaquetas; urina tipo

I; coagulograma; hemocultura; cultura da secreção vaginal e do material endometrial,

também para anaeróbios; raios-x do abdome; ultra-sonografia pélvica ou de abdome

total; e tomografia, principalmente para definir coleções intracavitárias. No tratamento,

é fundamental o restabelecimento das condições vitais com soluções parenterais ou

com sangue, principalmente se a hemoglobina for inferior a 8g%. Iniciar antibioticoterapia, junto com as medidas de suporte, dando preferência aos

quimioterápicos de largo espectro. Pode ser utilizado um anaerobicida (metronidazol 500mg-1g, IV, a cada 6 horas, por 7-10 dias, ou clindamicina 600-900mg, IV, a cada 6-8 horas, por 7-10 dias), associado com um aminoglicosídeo (gentamicina 1,5mg/Kg, dose IV ou IM, a cada 8 horas, por 7-10 dias, ou amicacina 15mg/Kg/dia, IV ou IM, a cada 6-8 horas, por 7-10 dias).

O esvaziamento uterino, naqueles úteros com tamanho compatível com gestação de até 12 semanas, deve ser realizado, preferencialmente, por aspiração manual intra-uterina (AMIU), por apresentar menores taxas de complicações, reduzida necessidade de dilatação cervical e promover a aspiração do material infectado. Na realização desse procedimento, atentar para o fato de que a perda do vácuo pode significar perfuração uterina prévia. Na impossibilidade do uso da AMIU, pode-se empregar a curetagem uterina; em ambas, o esvaziamento uterino deve ser feito sob infusão de ocitocina. Nos casos mais graves, acompanhados de peritonite e que demoram a dar resposta satisfatória, deve-se proceder a laparotomia exploradora e, se necessário, realizar retirada de órgãos pélvicos. A persistência de febre após os cuidados iniciais pode traduzir abscessos pélvicos ou tromboflebite. Nesse caso, indique-se a utilização da heparina.

6. ABORTAMENTO HABITUAL

Caracteriza-se pela perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 22ª semana. É primário quando a mulher jamais conseguiu levar a termo qualquer gestação, e secundário quando houve uma gravidez a termo. Estas mulheres devem ser encaminhadas para tratamento especializado, em que seja possível identificar as causas e realizar tratamentos específicos.

7. ABORTAMENTO ELETIVO PREVISTO EM LEI

Nos casos em que exista indicação de interrupção da gestação, obedecida a legislação vigente, por solicitação da mulher ou de seu representante, deve ser oferecida à mulher a opção de escolha da técnica a ser empregada: aborto farmacológico, procedimentos aspirativos (AMIU ou elétrica) ou dilatação e curetagem.

24

Tal escolha deverá ocorrer depois de adequados esclarecimentos das vantagens e desvantagens de cada método, suas taxas de complicações e efeitos

adversos. Para mais informações sobre abortamento eletivo nos casos de violência

sexual, consultar a Norma Técnica *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da*

Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.

II. ESCOLHENDO AS TÉCNICAS DE Esvaziamento Uterino

O abortamento seguro, nas razões legalmente admitidas no Brasil, e o tratamento do abortamento constituem direito da mulher que deve ser respeitado e

garantido pelos serviços de saúde. Para o exercício pleno desse direito, é fundamental que a escolha do tipo de método para o abortamento faça parte de um

processo de decisão compartilhada entre a mulher e os profissionais de saúde. Os

diferentes métodos disponíveis devem ser igualmente oferecidos de forma apropriada, garantindo que a decisão seja a mais livre, consciente e informada possível. Além disso, todo o processo de escolha deve estar fundamentado no respeito aos princípios de autonomia e autodeterminação da mulher.

Recomenda-se que os serviços de saúde elaborem normas ou rotinas internas, incluindo-se fluxogramas e procedimentos, com a finalidade de enfatizar

e promover o compromisso dos profissionais e da instituição. A normatização deve

considerar as capacidades e habilidades específicas de cada serviço. A equipe multidisciplinar deve dispor de espaço específico para a avaliação e o monitoramento do serviço e da qualidade da assistência, incluindo a discussão de

questões éticas.

Durante o primeiro trimestre da gravidez, consideram-se métodos aceitáveis a aspiração intra-uterina (manual ou elétrica), o abortamento farmacológico e a curetagem uterina. A ordem de escolha para os diferentes métodos depende das

condições de cada serviço e da preferência da mulher, além da necessária avaliação

do risco/benefício de cada procedimento.

Devem-se adotar critérios que considerem e respeitem:

- a) A disponibilidade de métodos em cada serviço de saúde;
- b) A capacitação, a habilidade e as rotinas dos serviços de saúde para cada método;
- c) As condições clínicas, sociais e psicológicas da mulher.

No segundo trimestre, o abortamento farmacológico constitui método de eleição, como método único, podendo ser complementado, após a expulsão fetal,

com curetagem ou aspiração uterina, segundo as condições clínicas da mulher.

A

interrupção da gravidez por meio de microcirurgia ou microcesariana deve ser reservada para condições excepcionais.

25

1. ABORTAMENTO FARMACOLÓGICO

É a utilização de fármacos para indução do abortamento ou abreviação do

abortamento em curso. Toda mulher grávida que solicita interrupção da gestação e cumpre com as condições estabelecidas pela lei pode optar pela interrupção farmacológica da gravidez, tanto no primeiro, como no segundo semestre da gestação.

No Brasil, tem-se disponível o misoprostol e a ocitocina.

As drogas utilizadas para interrupção da gravidez não devem ser usadas nos casos de conhecida intolerância.

Nos casos de gestação molar, não devem ser primeira opção e somente devem

ser usadas excepcionalmente e sob estrita vigilância. Para mulheres portadoras de

distúrbios da coagulação, incluindo uso de anticoagulantes, e entre as cardiopatas

graves, deve-se manter vigilância rigorosa durante o uso das drogas. No abortamento

de segundo trimestre, mantêm-se as mesmas condições assinaladas para o primeiro

trimestre, acrescidas da presença de cicatriz uterina.

O possível risco de sangramento excessivo e o eventual efeito psicológico de observar a expulsão do conteúdo uterino devem ser discutidos com a mulher, que

poderá optar entre permanecer internada ou esperar o aborto em casa, nos casos de

interrupção da gestação dentro do primeiro trimestre.

Nos casos de interrupção no segundo trimestre da gestação, as mulheres deverão permanecer sempre internadas até a conclusão do abortamento, quando será

decidida a necessidade ou não de completar o esvaziamento uterino.

MISOPROSTOL

A dose dependerá da idade gestacional. Até que se disponha de mais informação

sobre novas vias de administração, deverá utilizar-se a via vaginal, umedecendo os

comprimidos com água e aplicando-os nos fundos de saco laterais da vagina.

No primeiro trimestre, a dose será de 800mcg por dia, via vaginal durante dois dias. Esquemas de utilização do misoprostol:

a) 800mcg em dose única a cada 24 horas, nos casos em que a mulher optar por esperar o aborto no seu domicílio;

b) 400mcg de 12 em 12 horas;

c) 200mcg de 6 em 6 horas.

Deve ser discutido com a mulher, que poderá decidir por não continuar esperando o aborto e solicitar o esvaziamento a qualquer momento, o que deve ser

aceito sem demora pela equipe médica. Se a mulher aceitar, no primeiro trimestre,

26

deve-se esperar até 72 horas ou 24 horas depois da última dose. Após 72 horas, o

esquema pode repetir-se ou ser utilizado, método alternativo, dependendo da decisão da mulher. Geralmente, o colo uterino apresenta-se favorável para aspiração ou curetagem.

No segundo trimestre, a dose recomendada é de 200mcg de 12 em 12 horas, via vaginal. Nesse trimestre, como há menos alternativas, é preciso esperar mais tempo.

Propõe-se repetir o tratamento em ciclos de 48 horas, com três a cinco dias de intervalo, repetidos até provocado o abortamento ou até que a mulher, em conjunto

com o clínico, decidam passar a outros procedimentos, como exemplo a associação

com ocitocina.

Efeitos colaterais podem ocorrer com a utilização do misoprostol, tais como diarreia, que deve ser tratada apenas com hidratação oral, vômitos, controlados com

antieméticos, e sangramento genital excessivo, tratado com esvaziamento uterino,

preferentemente por meio de aspiração manual ou elétrica.

2. ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU)

Procedimento que utiliza cânulas de Karman, com diâmetros variáveis, de 4 a 12mm, acopladas a seringa com vácuo, promovendo a retirada dos restos ovulares por

meio da raspagem da cavidade uterina e por aspiração. Pode ser utilizada em gestações

com menos de 12 semanas, em função do tamanho uterino, pois há necessidade de o

colo uterino ser justo à cânula para que o vácuo seja transferido da seringa para a

cavidade uterina. Nos casos de abortamento infectado, a AMIU é a técnica de eleição,

embora cuidados redobrados devam ser adotados, pelo risco de perfuração uterina.

Nos casos de interrupção da gravidez previstos na legislação vigente do País, com

menos de 12 semanas, pode-se empregar essa técnica. A aspiração manual intrauterina

(AMIU) é o procedimento de escolha para tratamento do abortamento, sendo recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO).

3. CURETAGEM UTERINA

Estando o colo uterino aberto, ou dilatado previamente pelos dilatadores de Denistonn ou velas de Hegar, introduz-se a cureta e promove-se raspagem da cavidade

uterina, extraíndo-se o material desprendido pelo instrumental. Por ter diâmetro variável e ser de material rígido (aço), pode provocar acidentes, tal como perfuração do

útero. Trata-se de procedimento antigo muito difundido no Brasil. Nos casos do colo

uterino estar fechado ou pouco dilatado, pode-se promover sua abertura por meio da dilatação cervical, embora esse procedimento não esteja isento de riscos. Nas gestações superiores a 12 semanas, deve-se promover a indução farmacológica com misoprostol.

Então, após a expulsão fetal, faz-se a curetagem uterina.

27

III. ALÍVIO DA DOR

O processo de abortamento é para muitas mulheres desconfortável e doloroso, necessitando, portanto, de atenção médica adequada para o controle da dor. Situações

emocionais influenciam na percepção da mulher em sentir a dor e podem dificultar

seus cuidados, exigindo do profissional de saúde atitudes amigáveis e tranquilizadoras.

A intensidade da dor sofre influências da idade da gestação, idade da mulher, dilatação

cervical, além do medo da mulher em relação ao procedimento proposto e sua compreensão em relação ao abortamento. Mulheres que já experimentaram a maternidade, em geral, queixam-se menos de desconforto provocado pela dor. Aquelas que apresentam história de uso freqüente de analgésicos, geralmente, necessitam de maior atenção.

A inadequação do controle da dor provoca nas mulheres sofrimentos desnecessários, além de aumentar suas ansiedades e de expor essas mulheres a mais

complicações, provocando insatisfação quanto à qualidade da atenção prestada. Em

todos os casos de atenção ao abortamento, na indução farmacológica ou nos outros

procedimentos de esvaziamento (AMIU ou curetagem), avaliação clínica criteriosa,

esclarecimentos sobre os procedimentos que serão utilizados, apoio afetivo, empático

e humanizado proporcionam ambiente favorável para abordagem menos medicamentosa, com menores riscos de complicações, menos custos, e mais rápida

recuperação.

Deve-se oferecer medicamentos para alívio da dor a todas as mulheres.

Aquelas que se apresentem em condições clínicas favoráveis, com úteros pequenos e

com pouco conteúdo a ser esvaziado, e satisfatória interação com a equipe de saúde,

podem ser tratadas apenas com apoio verbal e anestesia paracervical. Utilizam-se

outras drogas associadas quando a mulher necessitar, evitando-se sofrimentos desnecessários. Na maior parte dos procedimentos, é suficiente o uso de analgésicos

não narcóticos, com anestesia paracervical e/ou sedação. Algumas mulheres precisam

receber drogas tranqüilizantes, como o diazepam ou o midazolan, quando a ansiedade

passa a ser componente prejudicial ao atendimento.

Em situações selecionadas, os usos de analgésicos narcóticos (petidina e morfina) podem ser empregados, atentando-se aos seus possíveis efeitos adversos,

principalmente a depressão respiratória, devendo estar disponíveis materiais e drogas

para reanimação.

A anestesia local ou bloqueio paracervical é realizado utilizando-se lidocaína a 1%, sem vasoconstrictor, injetando-se lentamente o anestésico na metade posterior do

colo uterino (transição cérvix com a mucosa vaginal), às 5 e 7 horas, com agulha fina

(calibre 23 ou de insulina), a uma profundidade de 3-5mm, na quantidade de 3-8ml

em cada ponto, tendo o cuidado de evitar a injeção intravenosa do anestésico.

A anestesia geral pode ser empregada em casos selecionados ou quando essa for a opção da mulher, devendo todos estar cientes dos riscos, dos aumentos dos

custos e da permanência mais prolongada da mulher no hospital. A instituição

hospitalar deve estar equipada e seus profissionais treinados para atuar nos casos de

complicações.

ALÍVIO DA DOR EM MULHERES EM ABORTAMENTO:

- Apoio verbal e analgésico;
- Apoio verbal e sedação e/ou anestesia local;
- Apoio verbal e analgésico e/ou sedação e/ou anestesia local;
- Apoio verbal e anestesia geral.

29

A mulher com complicações de abortamento, espontâneo ou por decisão pessoal, tem necessidade de cuidados destinados a protegê-la das conseqüências

físicas e psicológicas do processo que está sofrendo, assim como evitar que volte a ser

acometida do mesmo problema no futuro.

Sabe-se que o risco de ter novo abortamento é maior entre as mulheres que já tiveram um abortamento, e aumenta com o número de abortamentos anteriores.

Nos casos de aborto espontâneo de repetição, as mulheres precisam proteger-se de

nova gravidez até serem encaminhadas a um serviço especializado, que as ajude no

diagnóstico e tratamento de seu problema.

Nos casos de abortamento provocado, a adoção imediata de contracepção tem-se mostrado como medida eficaz para reduzir o risco de novos abortamentos.

A mulher em situação de abortamento, muitas vezes, não está preocupada com

o risco de nova gravidez e não usa métodos anticoncepcionais espontaneamente. Ela precisa da orientação dos provedores de serviço e de disponibilidade de métodos eficazes e aceitáveis na redução do risco de gravidez não desejada. Portanto, o atendimento da mulher com complicações de abortamento só será completo se acompanhado de orientação sobre anticoncepção e de oferta de métodos no pós-abortamento imediato.

I. ORIENTAÇÃO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Em geral, a mulher que teve uma gestação interrompida por decisão pessoal não deseja uma gravidez logo em seguida, portanto, toda mulher que ingressa no hospital em abortamento deve ser acolhida e receber orientação anticoncepcional.

As orientações devem começar por informar que a recuperação da fertilidade pode ser quase que imediata após o abortamento e que, portanto, a anticoncepção

deve iniciar-se também de imediato, ainda que a mulher não deseje, tão logo, ter

relações sexuais. A experiência mostra que a possibilidade do abortamento se repetir

é maior justamente entre as mulheres que acham que não estarão expostas à gravidez

nos meses ou anos seguintes e, por isso mesmo, não se protegem adequadamente.

Esse maior risco deve ser comunicado às mulheres atendidas por abortamento para

motivá-las a se proteger contra a gravidez não desejada.

Deve-se dar informações sobre todos os métodos aceitos no Brasil, inclusive sobre a

eficiência de cada método para evitar a gravidez. Nesse sentido, o dispositivo intra-uterino com

cobre e os hormonais injetáveis trimestrais ou mensais têm-se demonstrado mais eficiente por

não haver o risco de esquecimento. Nos casos de não aceitação ou impossibilidade de

utilização destes métodos, a pílula e os métodos de barreira ganham lugar de destaque.

Outro método que deve ser destacado é a Anticoncepção Hormonal de Emergência

(AHE), considerando que sempre haverá mulheres convictas de que não voltarão a ter

relações sexuais em curto espaço de tempo e, por este motivo, não usam métodos. Essas

mulheres poderão estar expostas a relações sexuais inesperadas e não protegidas do risco de gravidez e de abortamento. A utilização da AHE poderá evitar a gravidez nesses casos.

Por outro lado, é necessário lembrar que os métodos destacados acima não protegem contra as infecções sexualmente transmitidas. Nesse sentido, não se pode deixar de prover informação completa sobre o uso de preservativos e sobre como obtê-los, promovendo o conceito de dupla proteção, contra a gravidez e as infecções de transmissão sexual.

II. OFERTA DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Idealmente, todos os métodos mencionados acima devem estar disponíveis no local onde se atende à mulher em abortamento, dando oportunidades às mulheres de

iniciar o uso antes de receber alta. Em que pese a obrigatoriedade da orientação e oferta

de métodos contraceptivos, as mulheres devem ter absoluta liberdade de aceitar ou não

os métodos acima citados.

Nos casos em que a mulher aceita um método, esse pode ser iniciado de imediato. No caso do DIU, deve-se oferecer a inserção no fim do esvaziamento uterino

(AMIU ou curetagem) nas mulheres sem nenhum sinal ou suspeita de infecção, na alta

hospitalar ou no retorno ao hospital ou à unidade de saúde dentro dos primeiros 15

dias pós-abortamento ou logo depois da primeira menstruação após o esvaziamento.

O injetável mensal ou trimestral pode ser administrado entre o dia do esvaziamento e o 5º dia pós-abortamento, da mesma forma que o anticoncepcional

hormonal oral. Como muitas mulheres terão dificuldades em consultar na unidade de

saúde dentro destes prazos, é necessário que os métodos estejam disponíveis no

hospital que atende o abortamento para que as mulheres possam iniciar o método

escolhido dentro do prazo recomendado. Reitera-se que a mulher pode engravidar

caso reinicie sua vida sexual no primeiro mês pós-abortamento e não esteja protegida

por algum método anticoncepcional.

III. ABORTAMENTO ESPONTÂNEO E ORIENTAÇÃO CONCEPCIONAL

Apesar de ser difícil distinguir se um abortamento é espontâneo ou provocado, sempre há que se considerar que a mulher tem direito à opção de ter um filho algum

tempo após o abortamento. Por essa razão, é necessário que a mulher também receba

orientação sobre o planejamento de uma nova gravidez.

A completa recuperação da mulher após um abortamento é relativamente rápida, sendo mais demorada se o abortamento ocorreu no 2º trimestre da gestação. O

retorno das relações sexuais, pós-abortamento não complicado, pode ocorrer tão logo a

mulher deseje, portanto, ela deve ser orientada a usar um método contraceptivo por três

meses para iniciar uma próxima gravidez em melhores condições físicas e emocionais.

31

ALEXANDER, S. "Maternal health outcomes in Europe". In: *European Journal of*

Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. [S.l.: s.n.], 2003, 111:S78-87.

COMPTE, G. M. *Mortalidade materna*. Salvador: 1993. Dissertação de mestrado.

Salvador, BA: Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, 1995.

CORRÊA, S.; FREITAS, A. *Atualizando os dados sobre a interrupção voluntária da*

gravidez no Brasil. [S.l.]: Estudos Feministas, 1997, 5(2):389-396.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. *Estudo da mortalidade de mulheres*

de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna. [S.l.]: Relatório de Pesquisa

apresentado no V Fórum Nacional de Mortalidade Materna. 102 p., 2003.

MENEZES, G. M. S.; AQUINO, E. M. L. *Mortalidade materna na Bahia*: 1998. Salvador, BA:

Relatório de Pesquisa, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Abortamento seguro: orientação técnica e de*

políticas para os sistemas de saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, SP. Projeto Paidéia de Saúde da

Família - Campinas, SP: s/d.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RECIFE. Diretoria de Epidemiologia e Vigilância à Saúde.

Mortalidade materna: definição, dados epidemiológicos, vigilância epidemiológica e

ficha de investigação. Recife: mimeo, 1998.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. *Aborto clandestino: uma realidade latinoamericana*.

Nova Iorque, [s.n.], 1994.

_____. *Sharing responsibility: women, society and abortion: worldwide*. [S.l.]: Special

report, 57 p., 1999.

VALONGUEIRO, S. A. *Mortalidade materna em Pernambuco: um estudo quantitativo e*

qualitativo. Dissertação de mestrado. Belo Horizonte, MG:
CEDEPLAR/Universidade
Federal de Minas Gerais, 1996.

32

Impressão

Gráfica Brasil

End.: SIG/Sul, Quadra 8, nº 2.378 – Brasília - DF – CEP: 70610-400

Tel.: (61) 344 1614 – Fax: (61) 344 1613 – *E-mail*: master@graficabrasil.net

ANEXO 03

Decidir sobre sexualidade e reprodução é direito da mulher

A liberalização da prática do aborto em território brasileiro, o planejamento reprodutivo, a liberdade e a autonomia para as mulheres decidirem sobre o que

desejam fazer com o próprio corpo foram temas centrais do Encontro Temático “Discutindo os direitos reprodutivos da mulher”, realizado dia 6 de outubro último pelo Núcleo de Gênero do Cress SP. O evento contou com a palestra da socióloga Dulcelina Xavier, integrante da Organização Católicas pelo Direito de Decidir e das Jornadas pelo Direito ao Aborto Seguro.

Dulcelina defendeu a necessidade de se reconhecer “a competência da mulher para decidir sobre sua sexualidade e reprodução”, o que constitui “um princípio dos direitos humanos e da cidadania” que substancia os direitos sexuais e reprodutivos. “Nenhuma aquisição a favor desta causa ocorreu sem luta, sem o enfrentamento da sociedade para se romper uma cultura milenar de patriarcado”, ela afirmou.

A palavra aborto “ainda gera constrangimentos à população brasileira, sendo um tema tratado, hoje, no contexto do código penal, como qualquer outro crime”, destacou a socióloga, para quem a questão deve ser tratada como um problema de saúde pública, “cabendo ao Estado garantir a devida assistência às mulheres”. A mortalidade entre mulheres – com predominância de negras, jovens e de baixa renda, das regiões Norte e Nordeste do Brasil – cresce a cada ano.

“De 1999 até hoje, a média no Brasil tem sido de 29% de interrupções de gravidez, em relação ao número de crianças que nascem vivas”, relata. A palestrante afirmou que as consequências dramáticas da criminalização do aborto distribuem-se de modo desigual na sociedade brasileira, já que dependem também da classe social em que se encontra a gestante: “As mulheres que têm dinheiro fazem abortos, pagam para fazê-los e não colocam suas vidas em risco. As que sofrem e vão para os hospitais públicos, jogadas e sangrando, são as mulheres pobres”, afirmou.

Nos países em que o aborto é legalizado, o direito de praticá-lo é oferecido a todas as cidadãs, independentemente de sua condição social ou de seu credo religioso. Já a legislação brasileira impede que as mulheres exerçam seu direito de escolha, apesar de, desde o século 19, o Estado brasileiro ser considerado laico; ou seja, qualquer determinação religiosa não poderia impor concepções morais sobre leis e políticas públicas. Muitas instituições religiosas condenam o aborto, assim como o uso de qualquer método anticoncepcional, exceto os considerados “naturais”, o que constitui uma estratégia moral e legal de controle da sexualidade das mulheres, já que apenas elas engravidam nas relações sexuais.

Para Dulcelina, o uso de imagens como “interrupção da vida” causa comoção na sociedade: “Mas esses setores contrários ao aborto também são contra os métodos contraceptivos, contra o planejamento reprodutivo, contra a camisinha. Na verdade, não estão querendo defender a vida, mas controlar o corpo das pessoas”. O argumento do direito à “vida” tem sido discutido, também, em âmbito do Legislativo, onde tramitam projetos de leis objetivando regulamentar o aborto no Brasil. Há vertentes que o reprovam até mesmo nos casos de fetos sem formação de massa encefálica, que, ao nascer, fatalmente falecerão.

Retratando um desses casos, o documentário produzido pelas jornalistas Débora Diniz e Eliane Brum, intitulado “Uma História Severina” – exibido durante o evento – mostrou a luta de Severina, moradora de Chã Grande, interior de Pernambuco, pelo direito de abortar o feto sem cérebro que carregava no útero. No dia em que o Supremo Tribunal Federal (STF) cancelou seu direito ao aborto, ela estava internada em um hospital para interromper a gravidez de quatro meses. O procedimento foi cancelado! Ao comparar as opiniões dos juízes do STF, o documentário revela uma faceta “nada laica” do Estado brasileiro, que despreza o sofrimento humano em nome do cumprimento da burocracia jurídica e de valores pautados por conceitos religiosos. Enquanto a questão está nas mãos dos juristas, Severina vê seu sofrimento crescer a cada dia, tendo que carregar no ventre uma criança que só teria um documento ao nascer: a certidão de óbito.

Durante os debates, após a palestra, Roseane Durval, estudante de Serviço Social, argumentou que casos como este desrespeitam a integridade da mulher: “O filme nos faz ver que nós, mulheres, temos que superar a violência psicológica, pois é muito duro saber que seu filho não vai sobreviver ao nascimento e não há recurso disponível, num caso como este, para o aborto. Também a estudante Arlete Gomes falou sobre a necessidade de se divulgar mais informações para a sociedade sobre “o grande número de mortes de gestantes pobres em consequência do aborto ilegal, pois precisamos ter mais conhecimentos sobre este assunto”.

Também foi uma conclusão do evento que a legalização do aborto não pode se dar como uma medida isolada. Precisa ser acompanhada de um conjunto de políticas, amplas e efetivas, de promoção da saúde reprodutiva da mulher, de forma a garantir acesso à assistência já na anticoncepção, assim como no pré-natal e no parto. “A gravidez indesejada não decorre apenas do sexo forçado ou irresponsável, como se costumam afirmar alguns religiosos. Ela pode ocorrer por diversas outras circunstâncias e cabe à mulher ou ao casal decidir sobre ela, ponderando, ao mesmo tempo, sobre seus custos de ordem moral e normativa, associados aos relativos à saúde da mãe e da criança em gestação”, afirmou Dulcelina Xavier.

Fonte: www.cress-sp.org.br

ANEXO 04: Xerox do jornal do CRESS 2009

ANEXO 05: Xerox do protocolo de atendimento do Serviço Social do Hospital Jabaquara

ANEXO 06: Xerox da Revista Brasileiros

ANEXO 07

Juiz de Rio Verde (GO) nega direito a aborto legal

Enquanto acompanhamos o caso das dez mil mulheres que a Justiça do Mato Grosso do Sul pretendia interrogar por aborto mais uma notícia vem mostrar como pode ser retrógrada e machista a Justiça na região Centro-oeste. Desta vez o caso aconteceu em Rio Verde, nos estado de Goiás.

O site Última Instância, do UOL, especializado no noticiário jurídico, noticiou em 22 de abril que o juiz Levine Raja Gabaglia Artiaga, da 4ª Vara Criminal de Rio Verde, negou autorização para que uma vítima de estupro tivesse acesso ao aborto, que nesses casos não é punível de acordo com o inciso II, do artigo 128, do Código Penal (CP) de 1940.

Artigo ousa rejeitar a constitucionalidade desta lei, que vigora há 68 anos. Alega que o artigo 128 do CP afronta a Constituição Federal. O Tribunal de Justiça de Goiás teria informado que, para o juiz, a previsão de procedimento médico abortivo em caso de estupro fere o direito à vida, “o bem jurídico mais protegido no ordenamento constitucional, decorrente do próprio direito natural”.

O magistrado vai mais longe, alegando também que a norma não exige que o estuprador tenha sido condenado, ou esteja sendo processado pelo suposto crime, sob alegação de que o tempo para o fim do processo frustraria o aborto. Para este juiz, a norma serve para a “descriminalização dessa modalidade abortiva”, pois suprime o princípio constitucional da não-culpabilidade. Ou seja, o juiz preferiria que se aguardasse o final do processo para então... para então o que, se ele acredita, de qualquer forma, que o procedimento fere o direito à vida?

Levine Raja Gabaglia Artiaga é mais um ator a serviço do retrocesso legal e do descaso para com os direitos reprodutivos das mulheres. Ele não está só, infelizmente. Embora a população brasileira encare a interrupção legal da gravidez com poucas reservas, é cada vez mais forte a campanha para condenar severamente as que lançam mão desse direito.

Angela Freitas/ Instituto Patrícia Galvão

Publicado em April 28th, 2008

Categoria Aborto, Poder Judiciário

ANEXO 08

Quadro de Leis

Normas legais reprodução humana	Ementa	Observação
Código penal Decreto-Lei nº 2.848 de 07/02/40	Art. 124 a 128	Criminaliza o aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento, por terceiro, e exclui sua ilicitude nos casos de risco de vida da gestante ou gravidez proveniente de estupro.
Decreto nº 89.460 de 20/03/84	Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher.	Obriga os Estados-Partes a assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos de planejamento familiar, assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e pós-parto, inclusive nutrição adequada durante a gravidez e a lactância, extensivo às mulheres rurais.
Lei nº 9.263 de 02/01/96	Regula o inciso 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá providências.	Define a responsabilidade do Estado, instituição de saúde e profissionais no que se refere à saúde reprodutiva e o seu exercício pela cidadã (o). Veda a esterilização cirúrgica voluntária para os civilmente capazes com menos de 25 anos e que possuam menos de 2 (dois) filhos vivos, sua realização pós-parto ou aborto, através de histerectomia ou ooforectomia. Exige autorização judicial para a esterilização de pessoas incapazes, e de ambos os cônjuges na vigência da sociedade conjugal. Determina a notificação compulsória de toda esterilização cirúrgica ao SUS.
Lei nº 8.921 de 25/07/94	Dá nova redação ao inciso II do art. 131 da Consolidação das Leis do Trabalho.	Retirou da expressão “aborto não criminoso”, ficando apenas “aborto”, como um dos motivos para não poder ser considerada falta ao serviço a ausência ao trabalhador.
PL 478/2007 de autoria do deputado Luiz Bassuma, PT/BA	Dispõe sobre o estatuto do nascituro	Em síntese, o projeto de Estatuto do Nascituro: ■ Viola a liberdade de crença e pensamento e o princípio da igualdade; ■ Viola a dignidade das mulheres transformando-as em mero meio para garantir direitos de um terceiro em potencial; ■ Viola preceitos de teoria do direito e princípios de direito penal ao criar tipos penais abertos (art. 5º); ■ Ao impedir o aborto decorrente de violência sexual o Estado chancela a violência e torna-se criminoso, tal qual nas práticas de Estados totalitários; ■ Ao criar benefícios diferenciados para aqueles nascidos em decorrência de violência sexual praticada contra a mulher, institucionaliza a tortura e impõe o terrorismo de Estado contra esta cidadã. Além disso, cria um novo tipo de responsabilidade estatal que decorrerá de crimes que ocorrem por omissão de segurança por parte do Estado; ■ A proteção ao nascituro não pode se dar

		ao custo dos direitos e da dignidade das mulheres; ou tampouco com a mesma intensidade com que se tutela o direito de pessoas humanas já nascidas. Fonte: Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF),
Normas legais sexualidade e questões sexuais	Ementa	Observação
Código Penal Decreto-Lei nº 2.848 de 07/02/40	Dos crimes contra a família Dos crimes contra os costumes – art. 213 a 216	Criminaliza o adultério. Criminaliza o estupro (art. 213), atentado violento ao pudor (art. 215), atentado ao pudor mediante fraude (art. 216), sedução de menores, rapto (219 e 220) favorecimento da prostituição, casa de prostituição e rufianismo, ato obsceno (art. 233 e 234). Relaciona a capacidade de autodeterminação sexual à determinada faixa etária – 14 anos (doença mental), presumindo crime o ato sexual com essas pessoas.

Fonte: Direitos sexuais e reprodutivos, Mirian Ventura.

ANEXO 09

Profissionais: Psicólogo / Médico

- 1- Nome / idade / formação / estado civil / tem filhos / quanto tempo de atuação no programa / quanto tempo de formação
- 2- O que você entende por Direito Sexuais e Reprodutivos?
- 3- Qual seu posicionamento a respeito do aborto? Legal / Illegal
- 4- Conseguem manter um distanciamento dos seus valores morais, na atuação profissional?
- 5- Há uma discriminação dos outros profissionais (por parte da categoria ou não) por fazer parte da equipe do Programa Aborto Legal do Sabóya?
- 6- Quais as dificuldades que o serviço enfrenta?
- 7- Existe falhas no Programa? Quais? Essa compromete a qualidade do serviço?
- 8- Tem alguma sugestão para melhoria do serviço?
- 9- Qual o tipo de equipe atuante do programa (Multi / Inter)? Quais os prós e contra?
- 10- Há discussões entre a equipe sobre o Programa Aborto Legal, na busca de otimizar os resultados na Instituição?
- 11- Há uma avaliação periódica do Programa Aborto Legal no hospital? Qual a periodicidade?
- 12- Faz parte de algum movimento em prol/contra o aborto / Acompanha os acontecimentos e discussões acerca dessa temática?
- 13- Realizam capacitação técnica? Quem fornece? Qual periodicidade?

ANEXO 10

Profissionais: Assistentes Sociais

- 1-** Nome / idade / formação / estado civil / tem filhos / quanto tempo de atuação no programa / quanto tempo de formação
- 2-** O que você entende por Direito Sexuais e Reprodutivos?
- 3-** Qual seu posicionamento a respeito do aborto? Legal / Illegal
- 4-** Conseguem manter um distanciamento dos seus valores morais, quando está diante de uma usuária?
- 5-** Há uma discriminação dos outros profissionais (por parte da categoria ou não) por fazer parte da equipe do Programa Aborto Legal do Sabóya?
- 6-** Quais as dificuldades que o serviço enfrenta? (Estrutural, física, divulgação e jurídica)
- 7-** Existem falhas no Programa, evitáveis ou não (que compromete a qualidade do serviço) tem alguma sugestão?
- 8-** Qual o tipo de equipe atuante do programa? Quais os prós e contra
- 9-** Há discussões entre a equipe sobre o Programa Aborto Legal, na busca de otimizar os resultados?
- 10-** Há uma avaliação periódica do serviço prestado no hospital? Qual a periodicidade?
- 11-** Faz parte de algum movimento em prol/contra o aborto / Acompanha os acontecimentos e discussões acerca dessa temática?
- 12-** Quais são os critérios necessários para a atuação do profissional de Serviço Social no Programa? Qual a maior dificuldade do A.S atuante no Programa Aborto Legal? Qual o diferencial desse profissional no Programa?
- 13-** Quais são as suas expectativas a respeito da política de saúde, especialmente no que se refere ao aborto no Brasil?

14- Existem apoio e respaldo institucional no que tange a tomada de decisão profissional do Serviço Social dentro da Instituição?

15- Realizam capacitação técnica? Quem fornece? Qual periodicidade?

16- Como o Serviço Social se relaciona com a rede de serviço e apoio geral?

ANEXO 11: Pesquisa Quantitativa