



**Rejane Santos Farias**

**Concepções e atuações diante da interrupção  
da gestação prevista em lei na perspectiva  
dos assistentes sociais de unidades de saúde  
do município do Rio de Janeiro**

**Dissertação de Mestrado**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Serviço Social da PUC-Rio como requisito parcial para  
obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientador: Prof. Antonio Carlos de Oliveira

Rio de Janeiro  
Agosto de 2014



**Rejane Santos Farias**

**Concepções e atuações diante da interrupção  
da gestação prevista em lei na perspectiva  
dos assistentes sociais de unidades de saúde  
do município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social do Centro de Ciências Sociais da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

**Prof. Antonio Carlos de Oliveira**  
**Orientador**  
Departamento de Serviço Social – PUC-Rio

**Profa. Sueli Bulhões da Silva**  
PUC-Rio

**Prof. Maurílio Castro de Matos**  
UERJ

**Profa. Mônica Herz**  
Vice-Decana de Pós-Graduação do  
Centro de Ciências Sociais – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 15 de agosto de 2014

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, do autor e do orientador

## Rejane Santos Farias

Graduou-se em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 2009, onde foi pesquisadora no Grupo de Estudos sobre Ação Assistencial (2006) como voluntária e do Núcleo de Políticas Públicas, Identidades e Indicadores da Escola de Serviço Social como bolsista da Faperj (2007 a 2008). Participou do Projeto de Extensão Núcleo de Estudos e Ações em Saúde Reprodutiva e Trabalho Feminino através do estágio curricular no Hospital Maternidade Carmela Dutra (2007/2008). Trabalhou como assistente social na ONG Redes de Desenvolvimento da Maré (2011/2012). Trabalha, desde Janeiro de 2012, como assistente social na Secretaria de Saúde (SES) do Estado do Rio de Janeiro.

### Ficha Catalográfica

Farias, Rejane Santos

Concepções e atuações diante da interrupção da gestação prevista em lei na perspectiva dos assistentes sociais de unidades de saúde do município do Rio de Janeiro / Rejane Santos Farias ; orientadora: Antonio Carlos de Oliveira. – 2014.

219 f.: il. (color.); 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2014 .  
Inclui bibliografia.

1. Serviço social – Teses. 2. Aborto legal. 3. Viabilização de direitos. I. Oliveira, Antonio Carlos de. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Serviço Social. III. Título.

CDD: 361

À todas as mulheres

Que vivenciam ou um dia vivenciaram as agruras e dilemas para terem acesso ao direito à interrupção da gestação prevista em lei. A vocês minha sincera admiração pela coragem e ousadia de lutar pela efetivação de seus direitos, e pela força e determinação manifestada na superação dos inúmeros obstáculos, lamentavelmente, ainda existentes a efetivação deste direito.

## Agradecimentos

À Deus

Ao autor e consumidor da minha fé, por ter me concedido a oportunidade de ingressar no mestrado, me sustentar nos momentos difíceis, me dar forças para superar as adversidades, me mostrar os caminhos nas horas incertas e me permitir chegar até aqui.

A minha amada e querida avó, Clélia (*In Memoriam*)

Por ter sido para mim um exemplo brilhante de ser humano, por ter contribuído para a formação do meu caráter através dos seus muitos ensinamentos e por ter sido meu esteio durante toda sua vida!

Ao meu amado esposo, Cláudio,

Pelo seu carinho, paciência, compreensão e principalmente, por estar ao meu lado em todos os momentos, me dando ânimo nos períodos difíceis e me incentivando a sempre prosseguir. Te amo!

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio pela confiança em aceitar-me em seu quadro de mestrandos bolsistas e a CAPES por fomentar minha bolsa de estudos.

Ao meu querido orientador Professor Antônio Carlos de Oliveira, pelas preciosas contribuições a este estudo, por ter tido paciência, compreensão e por saber respeitar o meu tempo de produção dos capítulos. Obrigada pela oportunidade de desfrutar de seus preciosos ensinamentos e por permitir que a relação orientador/orientado ocorresse de uma forma respeitosa e agradável!

À Professora, Sueli Bulhões da Silva, por ter sido minha supervisora no estágio em docência, por ter acompanhado minha trajetória durante a realização deste mestrado aceitando gentilmente participar tanto da minha banca de qualificação como da defesa. És para mim um grande exemplo de profissional!

Ao Professor Maurílio Castro,

Por ter aceitado gentilmente participar da banca de defesa desta dissertação, por suas valiosas contribuições à construção deste objeto de estudo, pela parceria e por dividir comigo o amor pela temática. Muito obrigada!

À Professora Ludmila Fontenele Cavalcanti, minha querida coordenadora de pesquisa, por ter me apresentado este tema durante a iniciação científica, pela oportunidade de desfrutar de seus preciosos ensinamentos e pelas valiosas contribuições feitas a este trabalho no exame de qualificação. Obrigada por acreditar no meu potencial como pesquisadora e sempre cobrar que me esmere para fazer o melhor. Tenho em você um referencial tanto de ser humano quanto de profissional!

Aos colegas de turma de mestrado 2012.1, pelos bons momentos vividos juntos, por compartilharem das alegrias e dificuldades dessa caminhada. Admiro muito a cada um de vocês tanto pela competência quanto pelos seres humanos extraordinários que vocês são, me sinto privilegiada só por ter lhes conhecido.

Às minhas amigas e parceiras da Área Técnica de Ações contra a Violência da SES/RJ (Claudia Aguiar, Claudia Pereira, Dayse, Eny, Geórgia, Margareth, Maria Cristina, Michele e Oflia) pela convivência construtiva, que muito contribui para meu amadurecimento e crescimento profissional.

A todos os meus queridos familiares e amig@s pelo apoio e por compreenderem minha ausência por conta dos meus inúmeros afazeres, pelo carinho e admiração e pela grande torcida que fizeram para que eu conseguisse realizar mais este sonho. Vocês são insubstituíveis em minha vida, sou muito grata pela amizade de vocês!

À Direção das Unidades de Saúde onde realizei a pesquisa de campo, que abriram as portas dos serviços e me permitiram realizar este estudo.

A todas as profissionais de serviço social que participaram voluntariamente desta pesquisa, a vocês o meu agradecimento em especial! Obrigada pela colaboração, pelo comprometimento ético tanto para comigo quanto para com os usuários dos serviços de saúde, pelo interesse pelo tema abordado, e pelas ricas contribuições que muito cooperaram para o resultado deste estudo. Sem vocês nada disto seria possível!

## Resumo

Farias, Rejane Santos; Oliveira, Antonio Carlos de. **Concepções e atuações diante da interrupção da gestação prevista em lei na perspectiva dos assistentes sociais de unidades de saúde do município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2014. 219p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O presente estudo busca analisar as concepções e atuações dos assistentes sociais na atenção às mulheres com demanda por interrupção da gestação prevista em lei e nos serviços de saúde do município do Rio de Janeiro que são referência para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, cujos instrumentos utilizados para produção de dados foram a análise de documentação institucional e a entrevista do tipo semiestruturada, realizada com nove assistentes sociais, todas do sexo feminino, que trabalham em três maternidades que atendem mulheres em situação de violência sexual. As entrevistas foram gravadas em MP3 com o consentimento das entrevistadas, nos meses de fevereiro e março de 2014, e tiveram duração total de 206 minutos. Para discussão dos dados utilizou-se a análise de conteúdo em sua modalidade temática. Os resultados apontam para uma invisibilidade tanto pública quanto interna desse tipo de serviço no município estudado, limitando o acesso das mulheres a esse direito assegurado por lei. Prevalece, dentre os sujeitos da pesquisa, uma concepção da interrupção da gestação prevista em lei como um direito da mulher e de que o assistente social deve envidar todos os esforços para sua garantia, apesar de enfrentar dificuldades como a ausência de preparo e abordagem sobre a temática durante a graduação e o desconhecimento em relação à legislação vigente sobre o aborto legal e a forte influência dos valores ético-religiosos na postura dos profissionais de saúde que comprometem o acesso das mulheres a esse direito.

## Palavras-Chave

Aborto legal; Serviço social; Viabilização de direitos.

## Abstract

Farias, Rejane Santos; Oliveira, Antonio Carlos de (Advisor). **Conceptions and performances/actions the interruption of pregnancy provided by law from the perspective of social workers in health units of the municipality of Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2014. 219p. MSc. Dissertation - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This study assesses the views and actions of social workers in the care of women with demand for termination of pregnancy provided for by law in the health services in the city of Rio de Janeiro that are reference to the assistance to women in situations of sexual violence. This is a research with qualitative approach, whose instruments used for the production of data was the institutional analysis and documentation of the semi-structured interview of the type held with nine social workers, all female, working in three hospitals that serve women in situation of sexual violence in the city of Rio de Janeiro. The interviews were recorded in MP3 with the consent of the interviewees in the months of February and March 2014 and had total duration of 206 minutes. For discussion the data use the content analyses the subject modality. The result shows a public and intern invisibility for this services in this municipality, with limitate the women access for a law right. The research subjects prevalence a conception the pregnancy interruption previous in law with a woman right and the social work obligation to guarantee this right, despite the social workers have some difficulties like no prepare or approach during the graduation about this subject and unknowing with current legislation about legal abortion and an ethical religious values influences the health professional attitude and implicate the women access a this right.

## Keywords

Legal abortion; Social work; Viability of rights.

## Sumário

	Introdução	17
1.	Significados sócio-históricos do aborto	31
1.1.	Maternidade como lugar social idealizado	31
1.2.	Resgate histórico sobre a discussão do aborto	37
2.	Efetivação dos serviços de acesso ao aborto legal	51
2.1.	O acesso aos serviços de saúde para a realização do aborto legal	51
2.2.	Implantação dos serviços de aborto legal no município do Rio de Janeiro	59
2.3.	O serviço social e o posicionamento das suas entidades representativas sobre o atendimento e o direito das mulheres a interrupção da gestação prevista em lei	66
3.	Perfil dos sujeitos entrevistados	77
3.1.	Percurso metodológico: seleção dos sujeitos, acesso ao campo, realização da pesquisa e análise dos dados	77
3.2.	Caracterização dos sujeitos entrevistados	83
3.3.	Qualificação para o atendimento	98

3.3.1.	Preparo ou abordagem sobre a temática do aborto legal durante a graduação	98
3.3.2.	Participação em cursos e capacitações relacionados à temática do aborto legal	105
3.3.3.	Participação em treinamentos relacionados à temática do aborto legal	112
4.	Concepções e atuações dos assistentes sociais	116
4.1.	Atuação profissional diante das situações de aborto legal	116
4.1.1.	Compreensão sobre o aborto legal	116
4.1.2.	Concepção sobre a prática do aborto legal	120
4.2.	Formas de acesso ao aborto legal	124
4.2.1.	Compreensão sobre as formas de acesso das mulheres ao aborto legal no município do Rio de Janeiro	124
4.2.2.	Orientações fornecidas às usuárias que procuram pelo serviço de interrupção legal da gravidez	136
4.2.3.	Conhecimento sobre os aspectos éticos relacionados à viabilização do direito das mulheres ao aborto legal	144
4.2.4.	Opinião sobre as principais dificuldades para exercer esse tipo de atendimento	156

4.2.5.	Opinião sobre as possíveis alternativas utilizadas no enfrentamento dessas dificuldades	171
5.	Considerações finais	182
6.	Referências bibliográficas	193
7.	Apêndices	204
8.	Anexos	209

## Lista de Ilustrações

Quadro 1 -	Levantamento de Teses, Dissertações de TCCs relacionados à temática do aborto previsto em Lei	24
Tabela 1-	Frequência por Ano da Notificação segundo Violência Sexual de 2009 a 2013	57
Quadro 2 -	Relação dos Serviços de Referência para o atendimento ao Aborto Previsto em Lei no Brasil	67
Tabela 2 -	Quantidade de entrevistados por unidade	78
Quadro 3 -	Distribuição das assistentes sociais por unidade	85
Quadro 4 -	Distribuição dos sujeitos por sexo	87
Gráfico 1 -	Nº de procedimentos de abortos legais realizados no HMFM entre 2009- 2014	135

## Lista de siglas e abreviaturas

ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
CDD-Br	Católicas Pelo Direito de Decidir - Brasil
CEDIM/RJ	Conselho Estadual dos Direitos da Mulher do Rio de Janeiro
CEMICAMP	Centro de estudos materno-infantis de Campinas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPIA	Cidadania, Estudos Pesquisas, Informação e Ação
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIPD	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DSTs	Doença Sexualmente Transmissível
ESS	Escola de Serviço Social
FEBRASGO	Federação Brasileira de Ginecologia
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
HMFM	Hospital Maternidade Fernando Magalhães
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NUPPII	Núcleo de Políticas Públicas Indicadores e Identidades
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PL	Projeto de Lei
PNAISM	Plano Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PUC-RIO	Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
REDE FEMINISTA	Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos ( )
SGORJ	Sociedade de Ginecologia do Rio de Janeiro
SMS/RJ	Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SPM	Secretária Especial de Política para as Mulheres
STF	Supremo Tribunal Federal

SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNB	Universidade de Brasília
WHO	World Health Organization

“Quando eu perder a capacidade de indignar-me ante a hipocrisia e as injustiças deste mundo, enterre-me: por certo que já estou morto.”

(Augusto Branco)

## Introdução

O presente estudo está vinculado à linha de pesquisa Violência, Família e Direitos Sociais do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). O objetivo deste estudo consiste em analisar as concepções e as atuações dos assistentes sociais na atenção às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei nos serviços de saúde do município do Rio de Janeiro que são referência para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual no período de 2005 a 2013.

A partir dos estudos bibliográficos e da pesquisa de campo foram coletados dados que procuraram atender, também, aos seguintes objetivos específicos: caracterizar os/as assistentes sociais inseridos/as nas unidades de saúde referência para o atendimento às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei; compreender seu processo de qualificação para o atendimento às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei; identificar as ações desenvolvidas pelos/as assistentes sociais na viabilização do acesso à interrupção da gestação prevista em lei e analisar os limites e possibilidades, na visão dos assistentes sociais, para o acesso das mulheres a esse direito.

A escolha por este recorte se justifica porque este estudo toma como marco legal as diretrizes e ações propostas no Pacto pela Redução da Morbimortalidade Materna implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2005, na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (MS, 2004-2007) e na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher elaborada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM). Ambos marcos legais buscam em suas ações garantir a qualidade e ampliação de serviços de atenção às mulheres em situação de abortamento.

O interesse pela temática da interrupção da gestação prevista em lei e da atuação dos assistentes sociais na viabilização deste direito está relacionado à experiência acadêmica e profissional por mim obtida enquanto assistente social. Desta feita, a realização deste trabalho surge a partir do desejo de articular os temas estudados e desenvolvidos por mim a partir de minha experiência enquanto

estagiária no Projeto de Atenção às Mulheres no Pós Abortamento desenvolvido pelo setor de serviço social do Hospital Maternidade Carmela Dutra (HMCD) e concomitantemente a isto, a minha inserção enquanto Bolsista de Iniciação Científica na área de prevenção à violência sexual contra a mulher através de minha participação, desde junho de 2006, nas pesquisas relacionadas à prevenção a violência sexual contra as mulheres vinculadas ao Núcleo de Políticas Públicas Indicadores e Identidades (NUPPII) - antigo núcleo de Saúde Reprodutiva e Trabalho Feminino - da Escola de Serviço Social (ESS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e descritas abaixo:

A primeira pesquisa é intitulada “*Avaliação dos núcleos de atenção às mulheres em situação de violência sexual nas maternidades municipais do Rio de Janeiro*” e foi desenvolvida no período de 2006 a 2008. Ela se propôs a analisar as percepções dos profissionais de saúde, dos gestores e das mulheres usuárias dos serviços de referência para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. Tal pesquisa resultou no apontamento da existência de uma incorporação diferenciada dos parâmetros sugeridos pela Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes em decorrência da trajetória de consolidação dos serviços estudados e da inserção diversificada dos profissionais e gestores. O estudo também aponta para o fato de que o monitoramento e a supervisão podem contribuir para ampliação e aumento da qualidade dos serviços prestados e no tocante a interrupção da gestação prevista em lei evidencia a absoluta insuficiência de serviços de referência para realização deste tipo de atendimento. Tal fato é agravado pelas atitudes negativas frente à gravidez decorrente de violência sexual por parte dos gestores e profissionais de saúde (não incentivo à interrupção da gravidez prevista em lei, realização da interrupção condicionada ao posicionamento da equipe médica e encaminhamento para outro profissional).

Já a segunda pesquisa “*Avaliação dos serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual no Estado do Rio de Janeiro*” foi desenvolvida no período de 2009 a 2011 e teve como objetivo analisar a incorporação dos parâmetros sugeridos pela já referida Norma Técnica pelos serviços de Saúde através da percepção de gestores e profissionais de saúde de 19 municípios das 9 regiões do Estado do Rio de Janeiro. Nesta pesquisa os resultados também

apontaram para a existência de uma incorporação diferenciada e recente dos parâmetros desta Norma Técnica por estes municípios. Sinalizaram que apesar do tema da violência sexual contra a mulher vir alcançando certa visibilidade na formulação de política pública de saúde nestes municípios, no entanto, no tocante ao âmbito do planejamento e organização dos serviços de saúde, ainda é possível se observar que a complexidade desta atenção em saúde ainda é pouco dimensionada. Tal fato é atribuído a existência de culturas institucionais distintas, programas diferenciados e atores sociais variados. No tocante aos encaminhamentos realizados em caso de gravidez decorrente de violência, o resultado deste estudo aponta que, nos serviços pesquisados, este tipo de encaminhamento não é realizado. Tal fato é atribuído à fragilidade da formação dos gestores e profissionais de saúde, ao desconhecimento destes em relação à legislação vigente e às normas técnicas e por fim, à influência da cultura profissional e da religião que dificultam a atuação dos mesmos em relação ao aborto previsto em lei conforme já apontado por Farias (2009).

E por último, a pesquisa “*Análise dos serviços de saúde na atenção às mulheres em situação de violência sexual: estudo comparativo em duas capitais brasileiras: Rio de Janeiro e Fortaleza*” teve início em 2012 e ainda se encontra em andamento. Esta pesquisa de caráter multicêntrico tem o objetivo de analisar a atenção às mulheres em situação de violência sexual nestas duas capitais brasileiras e insere-se nos esforços de contribuir para melhorar as respostas dos serviços de saúde neste sentido buscando assim corrigir os rumos e reorientar as estratégias de ação na atenção às mulheres em situação de violência sexual. Assim, este estudo se propõem em analisar a implementação da Norma Técnica de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual, com especial atenção ao processo de notificação das situações de violência sexual contra a mulher e de implementação do atendimento à prevenção da gestação decorrente da violência sexual. Os resultados preliminares indicam que as duas capitais ainda são incipientes no monitoramento das ações de prevenção e assistência às mulheres em situação de violência sexual na área da saúde. Isso pode estar associado ao distanciamento da gestão das ações de saúde das ações de enfrentamento à violência contra a mulher. Além disso, a recente implementação destas ações e a cultura avaliativa ainda frágil na área das políticas públicas contribuem para esse quadro. Apesar dos pontos de convergência, os resultados apontam para uma

incorporação diferenciada dos dois municípios em relação aos parâmetros sugeridos pela referida Norma Técnica. Tal fato é decorrente da trajetória de consolidação dos serviços, da apropriação da categoria gênero por gestores e profissionais, além da aproximação com o movimento feminista e dos contextos culturais específicos. No que diz respeito ao aborto previsto em lei, os resultados apontam para a falta de institucionalização no município de Fortaleza e a necessidade de ampliação do número de serviços no Rio de Janeiro. Ambos os municípios possuem apenas uma unidade de saúde de referência, agravado pela resistência dos profissionais em executar o procedimento.

Outro aspecto que muito contribuiu para a perpetuação do meu interesse por esta temática de estudo foi a minha inserção profissional tanto na prestação da assistência em saúde em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) quanto, mais recentemente, minha atuação no nível central como técnica da Área Técnica de Ações Contra a Violência (ATAV) na Secretaria Estadual de Saúde (SES), locais que considero privilegiado por me permitir não só vivenciar na prática as dificuldades em ofertar este tipo de atendimento como também refletir criticamente sobre as possibilidades e entraves existentes nesta atuação profissional. Em outras palavras, a junção perfeita entre teoria e prática.

Minha participação nestes espaços me permitiu a aproximação com a temática da violência sexual e da viabilização do acesso à interrupção da gestação prevista em lei, propiciando a produção de trabalhos acadêmicos apresentados em diversos congressos e seminários enriquecedores para a formação profissional, produção de artigos relacionados a essas temáticas, bem como a participação na realização de capacitações relacionadas à temática da violência sexual e da atenção ao abortamento previsto em lei voltada para os profissionais de saúde tanto do município quanto do estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2009 a 2014. Soma-se a isto o fato de ter ministrado aula sobre a temática do aborto legal a convite do CRESS 7ª Região na Semana em Comemoração ao Dia do Assistente Social ocorrida em maio/2013.

A vivência acadêmica e profissional dentro da temática resultou no desenvolvimento de uma monografia de conclusão de curso de graduação denominada “*Avanços e desafios na viabilização do direito ao acesso ao aborto legal no Hospital Maternidade Fernando Magalhães na perspectiva dos profissionais de saúde*”, que teve como objetivo analisar a percepção dos

profissionais de saúde referenciados para o atendimento a mulheres em situação de violência sexual no que diz respeito ao acesso à interrupção da gestação prevista em lei. Este estudo apresentou os seguintes resultados que instigaram à continuidade da pesquisa sobre esta temática também no mestrado: ausência de discussão sobre essa temática na formação e qualificação dos profissionais de saúde, inclusive dos assistentes sociais; existência de uma ambivalência na compreensão dos profissionais sobre a prática da interrupção da gestação prevista em lei como direito da mulher e diferentes posturas dos mesmos no que tange à garantia da viabilização do acesso ao aborto previsto em lei.

Cabe ressaltar, que durante minha atuação profissional enquanto assistente profissional e também durante a realização de capacitação dos profissionais de saúde para a oferta deste tipo de atendimento tenho observado a angústia sofrida pelos mesmos em relação ao medo de não saberem o que fazer diante de um atendimento de uma gravidez resultante de uma violência sexual. Presenciei também que as mulheres e adolescentes chegavam tardiamente à unidade após serem vítimas de violência sexual devido ao desconhecimento tanto dos serviços quanto da possibilidade e do direito de realizarem o aborto legal. Soma-se a isso o dilema de muitos profissionais que, por desconhecerem o protocolo e o fluxograma de atendimento às mulheres em situação de aborto legal, muitas das vezes tinham dificuldade em orientar adequadamente as usuárias.

Neste sentido, considera-se a discussão sobre o presente tema sob a ótica da intervenção dos assistentes sociais enquanto um grande desafio e, ao mesmo tempo, algo de grande contribuição para a atuação profissional dos assistentes sociais tanto no que se refere ao potencial da temática em termos de produção de conhecimento quanto à sua possível contribuição no campo da intervenção dos assistentes sociais junto às políticas sociais colaborando desta forma, mesmo que indiretamente, para que ocorra a viabilização deste direito.

Pressupõe-se que o fato de tal temática ser tão pouco discutida dentro da área do serviço social se dá por conta dos inúmeros “tabus” e “desconfortos” que tal assunto ainda suscita em nossa sociedade. Além disso, tais fatores acabam por se refletir na atuação dos profissionais de serviço social dificultando a realização de um maior debate sobre esta temática dentro da categoria profissional.

Considerando a atual conjuntura social, na qual se vê o empenho de forças conservadoras na desconstrução e violação de direitos sociais legitimamente

construídos – em especial no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, exemplo emblemático é a proposta de aprovação do “Estatuto do Nascituro”, recentemente aprovada pela Comissão de Finanças do Congresso Nacional (PL.478/2007) e atualmente sobre apreciação da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania desta mesma casa – considera-se ser esse um momento ainda mais oportuno para se levantar o questionamento da viabilização de direitos dentro da profissão de serviço social, bem como refletir sobre a prática destes profissionais neste contexto.

O profissional de serviço social é constantemente requisitado a responder questões referentes às consequências da violência sexual à saúde da mulher. Não são raras às vezes em que a mulher em situação de violência sexual relata somente ao assistente social que passou por tal situação, cabendo muitas vezes a este dar início ao atendimento, bem como acionar os outros profissionais de saúde imprescindíveis para a realização adequada do atendimento.

Já no que tange aos casos de gravidez com diagnóstico de anencefalia ou demais malformações fetais a atuação do assistente social na equipe de saúde é considerada de fundamental importância, pois é ele que de fato instrumentalizará as usuárias acerca dos seus direitos e a encaminhará para os serviços de referência para realização da interrupção da gestação prevista em lei, caso assim ela deseje.

Desde 2001, apesar do caráter restritivo de nossa legislação com relação à questão do aborto, tem se observado uma crescente obtenção de diagnósticos da malformação fetal grave a partir da 12ª semana de gravidez, por meio de ultrassonografia ou de ressonância magnética possibilitando que nos últimos anos inúmeras liminares fossem concedidas autorizando a interrupção da gravidez nessas circunstâncias.

Tal fato possibilitou avanços de jurisprudência resultando na aprovação em 12/04/2012 pelo Supremo Tribunal Federal (STF) da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº. 54 (ADPF 54) que julgou procedente a ação que pedia a descriminalização do aborto em casos de anencefalia (ausência de encéfalo e da caixa craniana no feto) e de outras malformações fetais que fossem incompatíveis com a vida extrauterina. Essa conquista histórica é mais uma vez, fruto da luta travada pelo movimento de mulheres e demais órgãos da sociedade civil, desde 2004, pela ampliação dos permissivos legais para realização do aborto no Brasil.

Desta forma, considera-se relevante a realização deste estudo devido aos seguintes motivos: o assistente social é na maioria dos casos o profissional referenciado para viabilização dos direitos das usuárias e seu atendimento se constitui como porta de entrada nas unidades de saúde; desempenha o papel de “elo orgânico”<sup>1</sup> entre os demais profissionais e as usuárias, além de ser uma categoria que tem como princípios basilares em seu Código de Ética uma atuação voltada para a defesa intransigente dos direitos dos usuários, a universalidade do acesso e a integralidade das ações em saúde. Soma-se a isso, o fato de o assistente social atuar na viabilização desburocratizada do acesso dos usuários aos seus direitos. Sendo assim, informar, orientar, esclarecer, encaminhar e viabilizar o acesso dos usuários à rede de serviços se constituem em ações comumente realizadas por esse profissional.

Em outras palavras, como propõe Faleiros (2011), o Serviço Social se articula a uma visão política da sociedade e aos valores de justiça e equidade no enfrentamento da desigualdade.

Neste sentido, fazendo uma correlação com os conceitos trazidos por Bobbio (2004), podemos afirmar que o assistente social tem como uma de suas atribuições a luta pela “**tutela dos direitos dos homens**”, ou seja, a luta pela instituição da promoção, do controle e da garantia que são aspectos fundamentais para proteção dos direitos humanos.

Diniz e Côrrea (2008) apontam, na pesquisa que sistematizou 20 anos de publicações sobre o tema do aborto no Brasil, ou seja, de 1988 a 2008, que o assunto do aborto legal e do aborto por anomalia fetal são questões que estão no topo da agenda de saúde pública. Entretanto, apesar disso, raramente constituem-se como objetos de estudos sistemáticos com evidências.

Ainda segundo estas autoras, os estudos não mostram

Como mulheres em situação de violência sexual doméstica decidem pelo aborto [...]. Sabe-se pouco sobre o universo simbólico das mulheres que abortam, sobre o processo de tomada de decisão e o impacto em sua trajetória reprodutiva ou em seu bem-estar. Os estudos sobre assistência à saúde e mulheres em situação de abortamento induzido são raros, e há poucas pesquisas sobre os serviços de aborto legal (Diniz & Côrrea, 2008, p.17).

---

<sup>1</sup> Conceito criado por Maria Dalva Horácio da Costa (COSTA, 2009, p.241) para exemplificar a importância da inserção do assistente social, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, objetivando a integralidade das ações.

Cabe destacar que esta insuficiência de publicações e estudos científicos também é observada dentro da produção intelectual do serviço social. Após um levantamento nas principais revistas acadêmicas da categoria ligadas à área de graduação e pós-graduação (Revista Serviço Social e Sociedade, Revista Katálysis, Revista Em Pauta, Revista Praia Vermelha, Serviço Social em Revista, Revista Em Debate, Revista Inscrita e Revista O Social em Questão) no período de janeiro de 2011 a julho de 2013, apenas na Revista Praia Vermelha volume 20 nº1, encontrou-se um artigo relacionado à temática da atenção à interrupção da gestação prevista em lei.

No que concerne ao levantamento realizado nos bancos de teses de doutorado, dissertações de mestrado e trabalhos de conclusão de curso (TCCs) na área de serviço social (Quadro 1) foi possível identificar os seguintes resultados:

**Quadro 1- Levantamento de Teses, Dissertações de TCCs relacionados à temática do aborto previsto em Lei**

TIPO	ANO	INSTITUIÇÃO	AUTORIA	TÍTULO
TCC	2002	UFRJ	NOEMI MATOS MACHADO	ATENDIMENTO AO ABORTO LEGAL NO SUS/RJ.
TCC	2009	UFRJ	REJANE SANTOS FARIAS	AVANÇOS E DESAFIOS NA VIABILIZAÇÃO DO DIREITO AO ACESSO AO ABORTO LEGAL NO HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHÃES NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.
DISSERTAÇÃO	2004	UFSC	SIMONE LOLATTO	A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE À SOLICITAÇÃO DO ABORTO.
DISSERTAÇÃO	2006	UNB	ELCYLENE MARIA DE ARAÚJO LEOCÁDIO	ABORTO PÓS-ESTUPRO: UMA TRAMA (DES) CONHECIDA ENTRE O DIREITO E A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER.
TESE	2011	UFPE	DELÂINE CAVALCANTI SANTANA DE MELO	ABORTO LEGAL E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES: INTERSEÇÕES, CONSTRUÇÃO, LIMITES.

Tal fato também é observado nas publicações de experiências de trabalhos e estudos relacionados a essa temática nos congressos e seminários acadêmicos promovidos pela categoria. Como exemplo, cita-se o fato de num levantamento feito nos anais dos últimos congressos e seminários voltados para a categoria de assistentes sociais só constar apenas um trabalho relacionado à temática do aborto legal e a atuação dos assistentes sociais (publicado nos anais do XIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social ocorrido em novembro de 2012 em Juiz de Fora), bem como identificar-se a escassez de oferta de curso e/ou minicursos abordando a temática.

Como bem afirma Adriano (2007), não é somente sobre a discussão do aborto criminalizado que o Serviço Social se comporta de forma tímida, tanto nas produções escritas como nas ações, o mesmo acontece quando o assunto é aborto legal ou aborto por má formação fetal incompatível com a vida extra-útero. A referida autora ainda ressalta a farta produção de discussões sobre estas temáticas sendo observada com maior frequência na área Médica e na área do Direito.

Essa insuficiência de produção teórica sobre a temática do aborto (previsto e não previsto em lei) dentro do serviço social pode ser ilustrada através de duas explicações: a primeira de acordo com Adriano (2007) é o fato da linha teórica que norteia o Serviço Social não privilegiar as discussões sobre a questão de gênero, para esta autora não há como falar do aborto sem levantar a questão de gênero implícita ao tema.

A segunda explicação é porque tal temática se caracteriza, ainda nos dias de hoje, como um assunto de difícil abordagem face aos inúmeros tabus<sup>2</sup> existentes que tornam o tema tão polêmico resultando em acalorados debates.

Para Lolatto (2004), a discussão do aborto envolve uma série de necessidades sociais e estas, por sua vez, culminam em uma série de fatores que tendem a influenciar a intervenção do Assistente Social. Dentre estes fatores, podem ser citados: a ética, os valores, a formação sócio cultural, a sua passagem pelo curso universitário, a sua visão acerca da moral, a sua leitura e utilização do código de ética, os preceitos da instituição em que exerce a profissão e vários outros.

---

<sup>2</sup> Ainda hoje a discussão do aborto se dá sob a ótica dos valores, da moral e da religião, deixando de ser abordada a partir de uma ótica humanística, mesmo quando se trata de uma gravidez decorrente do estupro ou de um feto anencéfalo (LEOCÁDIO, 2005).

Deste modo, conclui-se que a intervenção dos assistentes sociais não está descolada da sua subjetividade. Tal fato resulta muitas das vezes na existência de um dilema entre o agir do profissional enquanto pessoa e de sua postura ético-política enquanto profissional.

Como bem aborda Lolatto (2004), os profissionais de serviço social precisam compreender que apesar de sua práxis profissional perpassar, a todo o momento, por questões relativas à ética, à moral, à liberdade, aos valores, próprios da construção social do indivíduo, ao mesmo tempo, seu Código de Ética possui um claro comprometimento com um projeto de sociedade diferente desta sociedade capitalista, em sua fase neoliberal.

Partindo deste entendimento, nos últimos quatro anos, no campo político a discussão sobre a interrupção da gestação não desejada e da viabilização do acesso ao aborto legal começou a ganhar espaço dentro dos debates feitos pela categoria de assistentes sociais por meio do posicionamento adotado pelas suas entidades representativas, ou seja, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS).

Em 2009, CFESS-CRESS se posicionou a favor da descriminalização do aborto e, desde 2010, vem se posicionando favorável à defesa da legalização do aborto no Brasil. Já no Relatório Final do 41º Encontro Nacional CFESS-CRESS, realizado nos dias 6 a 9 de setembro de 2012, na cidade de Palmas (TO), os/as assistentes sociais reunidos/as no que tange ao tópico referente às questões éticas e aos direitos humanos, decidiram pelos seguintes posicionamentos:

- Dar continuidade às ações políticas para divulgação do posicionamento favorável à legalização do aborto (aprovado no 39º Encontro Nacional CFESS-CRESS) considerado como questão de saúde pública e como direito das mulheres, propondo políticas públicas que considerem os vários aspectos que envolvem estas questões, bem como contemplando as implicações éticas e normativas profissionais do Serviço Social, contextualizados pelos recortes de classe, gênero, raça, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, pelo caráter laico do Estado, realizando campanha de âmbito nacional.
- Acompanhar os Projetos de Lei (PLs) que tramitam no Congresso Nacional, manifestando posição favorável aos que descriminalizam o aborto e contrária aos demais, mobilizando o Conjunto CFESS/CRESS

junto aos movimentos feministas de perspectiva emancipatória.

- Criar material para difundir a Norma Técnica do Ministério da Saúde sobre o aborto legal e seguro como um direito reprodutivo, constitutivo dos direitos humanos, que se exerce no contexto da laicidade do Estado, garantindo justiça social e igualdade de gênero.
- Promover o debate junto à categoria na perspectiva de um Serviço Social laico, combatendo as práticas e/ou condutas de cunho religioso no exercício profissional [...].

As entidades representativas do serviço social partem de um entendimento de que a criminalização do aborto não impede a sua realização, já que a prática do abortamento inseguro enquanto um meio para resolver o problema da gravidez indesejada (cabe ressaltar, que tal decisão sempre se dá num contexto complexo, não sendo uma escolha fácil e nem corriqueira), infelizmente ainda é frequentemente realizada por muitas mulheres e representa a 4ª causa de morte materna no Brasil segundo dados apontados pelo Ministério da Saúde no Relatório Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.

No Relatório Final do 41º Encontro Nacional CFESS-CRESS a categoria de profissionais do Serviço Social reitera o entendimento de que cabe à mulher a definição da escolha pela interrupção da gravidez e defende que estas tenham o seu direito a um atendimento de qualidade, humanizado e de respeito garantido nos serviços de saúde e tem o entendimento de que os assistentes sociais, assim como os demais profissionais, inseridos no âmbito da saúde ocupam um papel privilegiado na garantia do acesso das mulheres a este direito.

O Conjunto CFESS-CRESS reconhece a necessidade de que seja ofertada a todas as mulheres em situação de abortamento uma assistência humanizada, bem como a necessidade de ampliação dos serviços de aborto legal. Esse reconhecimento demonstra o respeito à dignidade sexual e reprodutiva das mulheres brasileiras e o entendimento de que a não realização desta assistência é uma violação de direitos e constitui uma demanda para a intervenção do serviço social.

Tal posicionamento está de acordo com o que preconiza a Norma Técnica de Prevenção dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes instituída pelo MS, como pode ser visto a seguir:

Cabe aos profissionais da saúde ajudar na garantia desses direitos, uma vez que são pessoas que operacionalizam e dão sentido e qualidade às políticas de saúde. As ações de atenção à saúde devem ser acessíveis para toda população, do município ou da região, cabendo às instituições assegurar cada etapa do atendimento [...]. (MS, 2012, p.18).

Entretanto, este avanço observado no posicionamento político tomado pelas entidades representativas da categoria ainda não se reflete na prática e na produção teórica sobre as concepções e atuações dos/as assistentes sociais no atendimento às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei, donde a necessidade de se dar visibilidade à temática tanto na formação acadêmica quanto nos vários espaços de discussão da categoria.

Para problematizar o tema sobre o aborto legal, a viabilização de direitos e a atuação dos assistentes sociais nesta atenção em saúde, o estudo, que ora se apresenta, foi dividido em quatro capítulos.

No primeiro capítulo são apresentados os elementos conceituais relacionados ao significado sócio-histórico do aborto, com ênfase nos aspectos jurídicos, políticos e religiosos. Além de fazer um regaste histórico sobre a discussão do aborto, este também abarca a discussão sobre a concepção da maternidade enquanto um lugar socialmente idealizado.

O segundo capítulo aborda a efetivação dos serviços de acesso ao aborto legal através da discussão sobre o acesso aos serviços de saúde para a realização do aborto legal, a implantação dos serviços de aborto legal no município do Rio de Janeiro, e finaliza com a discussão sobre a correlação entre o Serviço Social e o atendimento nos serviços de aborto legal.

O terceiro capítulo está dividido em três subcapítulos: o primeiro aborda o percurso metodológico por meio da seleção dos sujeitos, do acesso ao campo, realização da pesquisa e da análise dos dados. A descrição do percurso metodológico permite conhecer os procedimentos metodológicos adotados na pesquisa. Para conseguir os resultados procurou-se, a partir dos marcos conceituais adotados sobre o acesso ao aborto legal, realizar um trabalho empírico

de entrevistas voltadas para a compreensão das concepções das assistentes sociais que atendem às mulheres com demanda por aborto legal nas unidades pesquisadas. O segundo apresenta a caracterização do perfil das assistentes sociais entrevistadas, e o terceiro discute a importância da qualificação profissional para a realização adequada deste tipo de atendimento ressaltando a necessidade da introdução da temática durante a graduação não só dos assistentes sociais, mas também dos demais profissionais de saúde; bem como a necessidade de realização de cursos e capacitações e treinamentos dentro e fora dos serviços de saúde visando a qualificar o serviço prestado.

O quarto capítulo apresenta a discussão sobre as concepções e as atuações dos assistentes sociais nesta intervenção. Evidenciando a partir da fala das entrevistadas os seguintes pontos: como se dá atuação profissional diante das situações de aborto legal; que compreensão estas possuem em relação ao aborto legal e como enxergam na prática a viabilização deste direito; identifica como vêm se dando as formas de acesso das mulheres ao aborto legal no município do Rio de Janeiro; relatam como compreendem as formas de acesso das mulheres ao aborto legal; descrevem quais orientações são fornecidas às usuárias que procuram pelo serviço de interrupção legal da gravidez. Neste capítulo também são salientados os seguintes pontos: o conhecimento das entrevistadas sobre os aspectos éticos envolvidos neste atendimento, o seu entendimento acerca das principais dificuldades para o exercício deste tipo de atendimento e por último, quais alternativas elas apontam para o enfrentamento destas dificuldades.

Nas considerações finais são apresentados, de forma sintética, os principais resultados identificados neste estudo apontando as conclusões e proposições para futuras pesquisas e ações nesta área.

Este estudo não tem a pretensão de esgotar a discussão a respeito da atuação dos assistentes sociais na viabilização do direito das mulheres à interrupção da gestação prevista em lei. Contudo, espera-se que o mesmo possa contribuir para que haja uma aproximação da categoria com a discussão desta temática, fornecendo subsídios que contribuam para a realização de futuros estudos nesta área tendo como princípio norteador o respeito aos direitos humanos das mulheres, principalmente no que tange à sua autonomia e à sua liberdade sexual e reprodutiva.

Almeja-se que as mudanças observadas no posicionamento político da categoria possam vir a impactar a produção acadêmica e, conseqüentemente, possam contribuir para reforçar a importância do estudo na área, além de cooperar para o processo de reflexão e sensibilização dos profissionais e gestores da saúde na perspectiva de ampliar os serviços de aborto legal garantindo assim o acesso das mulheres àquilo que lhes é devido por direito.

# 1

## Significados sócio-históricos do aborto

### 1.1.

#### Maternidade como lugar social idealizado

Para se iniciar a discussão sobre o direito das mulheres à interrupção da gestação prevista em lei, faz-se necessário revisitar a literatura e fazer uma discussão sobre o valor social atribuído à gravidez e à sua interrupção, ou seja, os sentidos históricos que lhe são conferidos, seus *ethos* e o impacto disto na identidade feminina.

A gestação é definida, segundo o dicionário Aurélio (2002), como o tempo decorrido da concepção até o nascimento, já a maternidade é entendida como a condição de ser mãe. Conforme ressaltam Badinter (1980) e Scavone (2001), ao longo do desenvolvimento da sociedade vários sentidos foram atribuídos à gestação e à maternidade. Desde os primórdios da civilização, o papel social atribuído à mulher era o de ser mãe e quando alguma mulher não conseguia cumprir esta função social que lhe era atribuída, seja por questões biológicas ou por algum outro fator, esta era estigmatizada e discriminada socialmente.

Tal afirmação é corroborada por Patias e Buaes, quando estas afirmam que:

Historicamente, percebe-se a construção da maternidade como um destino inevitável e ligado essencialmente à constituição da identidade feminina. Nessa direção, aspectos históricos revelam como os diferentes aspectos relacionados à família tradicional e, conseqüentemente do papel feminino, foram universalmente inventados, principalmente no contexto europeu, a partir do século XVII. A produção de significados do amor materno e a exaltação da maternidade configuraram-se como o destino inevitável e, na maioria das vezes, único para as mulheres. O mesmo ocorreu no Brasil, anos mais tarde (Patias & Buaes, 2009, p.123).

Já Porto (2011) traz um entendimento da maternidade enquanto um resultado da desigualdade de gênero, pois a ideia de maternidade, tal como hoje é concebida em nosso contexto social, reflete a assimetria instaurada entre os sexos.

Neste sentido, a compreensão do significado do papel de mãe em nossa cultura passa por dois fios condutores (a sexualidade e a reprodução) que tecem o imaginário e definem a moralidade e a ética da maternidade. A ideia de maternidade reflete as mesmas crenças que orientam as relações de gênero e os valores atribuídos a cada sexo.

A regulamentação da reprodução humana vem sendo o principal foco dos códigos de conduta, religiosos ou laicos, ao longo da história. As diferentes éticas que orientam a construção desses códigos são perpassadas pela preocupação de definir e normatizar o direito à sexualidade e à procriação a partir das relações econômicas, políticas e afetivas que orientam os laços de parentesco e organizam a vida social. (Porto, 2011, p. 56).

Ainda segundo Porto (2011), a naturalização da assimetria de poder entre os sexos, a ênfase das regras de conduta destinadas à regular a prática sexual e a reprodução não têm outro objetivo senão a normatização do comportamento da mulher.

Isso ocorre porque o ato sexual ocorre no interior do corpo da mulher e sendo o sexo feminino responsável pela maior parte do processo reprodutivo, a normatização de seu comportamento revelou-se, ao longo da história, condição *sinequa non* ao florescimento do patriarcado. A reprodução social só é garantida com o controle da mulher e dos “produtos” de seu corpo. (Porto, 2011, p. 59).

Carvalho (2009) pontua que a reprodução social da hegemonia masculina, implicada na maternidade, fez com que esta se perpetuasse como a única instituição “inequivocamente” legitimadora da identidade feminina. As evidências disso podem ser observadas nos casos em que mulheres, principalmente casadas, decidem não ter filhos. Nos dias atuais, tal escolha ainda é marcada pelo estranhamento, já que para muitos indivíduos de nossa sociedade tal fato ainda é encarado como algo antinatural.

Patias e Buaes (2009) ainda ressaltam que a característica peculiar que se pode atribuir à contemporaneidade é o fato de esta ter permitido que o surgimento de novas configurações familiares coexistisse com a configuração familiar tradicional, composta de pai, mãe e filhos. Essas novas formas de conceber a família e suas funções, bem como de representar os papéis sociais destinados às

mulheres, vêm possibilitando que a mulher possa escolher viver ou não a maternidade, subvertendo aquilo que era considerado como seu único destino.

De acordo com Patias e Buaes (2012), a negação da maternidade surge como um argumento ideológico usado enquanto contraposição e/ou negação de representações culturais dominantes que afirmam a maternidade como destino natural de toda mulher; e o amor materno como sentimento inerente à existência feminina, ou seja, a maternidade enquanto algo que deve ser vivenciado por todas as mulheres, independentemente da sua cultura ou condição socioeconômica, a compreensão da maternidade enquanto único meio de legitimação social para as mulheres.

A negação da imposição social da maternidade também simboliza a defesa pelo repúdio à lógica do controle sobre o corpo feminino, através do controle de sua reprodução. Essa nova perspectiva parte do entendimento de que a maternidade deve ser vista pelo prisma do direito de escolha das mulheres e pelo respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos, e não enquanto algo socialmente imposto à mulher.

Em outras palavras, a mulher deve ter o seu direito de optar por ser ou não ser mãe respeitado e não deve sofrer nenhum tipo de discriminação por conta disto. Segundo Patias e Buaes (2012), isto só se tornou possível graças ao crescente posicionamento de mulheres que optam por não viver essa experiência e não cumprir, dessa forma, uma das normas sociais mais fortemente ligadas à constituição da identidade feminina que é a maternidade.

Nos meados do século XX, graças ao protagonismo do movimento feminista, começam a surgir as primeiras reivindicações pelo direito à livre escolha da maternidade, lema da luta política das mulheres nos anos 1970 e ainda tão pertinente nos dias de hoje.

Segundo Scavone (2001), a maternidade foi, neste período do feminismo, o eixo central de explicação das desigualdades entre os sexos. Vale ressaltar que Simone de Beauvoir, em sua obra “Segundo Sexo”, foi uma das primeiras autoras feministas a contestar o determinismo biológico e o destino divino atribuído à maternidade, destino este que reservava às mulheres somente a função social de mães ignorando o seu papel enquanto cidadãs.

Tal fato é reiterado por Patias e Buaes (2009) quando estas afirmam que:

Se do século XVII ao século XVIII coube à mulher o destino materno, no século XX, com o livro publicado em 1949, de Simone de Beauvoir, começou um movimento de “desnaturalização” da condição feminina de “segundo sexo”. Beauvoir (1980), com sua célebre frase, “Ninguém nasce mulher: torna-se mulher”, abriu um leque de possibilidades para se pensar novas formas de ser mulher, não unicamente pelo viés da maternidade, que é discurso construído social e culturalmente na diferença dos sexos (Patias & Buaes, 2009, p. 123).

Nunes (2006), em um posicionamento mais crítico, afirma que a imposição da maternidade a qualquer mulher é uma forma de restringir sua liberdade e impedi-la de exercer sua capacidade moral de julgamento e decisão. Em outras palavras, é negar-lhe sua humanidade.

Assim sendo, a luta do movimento feminista visa romper com a premissa de que a mulher só é completa, ou seja, só se realiza quando se torna mãe. O que se defende é o direito à livre escolha da maternidade, o respeito à sua autodeterminação sexual e reprodutiva e a defesa por sua condição de liberdade e de igualdade social; em síntese, defende-se o entendimento da mulher enquanto sujeito de direito e não apenas um útero.

As mudanças ocorridas no contexto social do final dos anos 1960 aos meados da década de 1980 contribuíram para uma mudança nas ideias e no debate feminista sobre maternidade. Segundo Scavone (2001), tal fato só foi possível:

Graças às grandes mudanças ocorridas nas sociedades ocidentais pós-segunda guerra mundial, ou seja, a aceleração da industrialização e da urbanização; inserção crescente das mulheres no mercado de trabalho; controle da fecundidade com o advento da contracepção medicalizada (sobretudo a pílula contraceptiva); o incremento acelerado das tecnologias reprodutivas (TR). Esses fenômenos contribuíram para mudar o perfil da prática social da maternidade. (Scavone, 2001, p.137).

Ainda segundo esta autora, inicia-se a compreensão da maternidade enquanto uma construção social que instituía o lugar das mulheres na família e na sociedade, tornando-se a causa principal da dominação do sexo masculino sobre o sexo feminino (Scavone, 2001). Estes fatos possibilitam que a crítica feminista levante a discussão sobre o lugar das mulheres na reprodução biológica (gestação, parto, amamentação e consequentes cuidados com as crianças) e sua ausência no espaço público, uma vez que a cultura patriarcal predominante confinava, e ainda

confina, as mulheres ao espaço privado, legitimando, assim, a dominação masculina.

Scott (1990) afirma que a perspectiva de gênero nos possibilitou abordar e compreender a maternidade, em suas múltiplas facetas, dentro de um contexto cada vez mais complexo das sociedades contemporâneas. Neste contexto, a maternidade pode ser abordada como símbolo: de um ideal de realização feminina, da opressão das mulheres, de poder das mulheres (já que só as mulheres engravidam e os homens não), de algo construído historicamente, cultural e politicamente e, por fim, como resultado das relações de poder e dominação de um sexo sobre o outro.

Para Scavone (2001) e Talib (2005), são as possibilidades de acesso à informação, à cultura e ao conhecimento especializado que permitem a realização de escolhas reflexivas e que interferem diretamente na aceitação ou não da maternidade. Possibilitando que tanto as mulheres quanto os homens possam tomar a decisão pela reprodução com base na experiência adquirida, sem medo, culpa ou qualquer sentimento de não realização individual e/ou social.

Carvalho (2009) ressalta que o advento da pílula anticoncepcional e de várias outras formas de controle da natalidade também cooperaram para o empoderamento da mulher, tanto no que se refere à escolha do melhor momento para ser mãe ou mesmo na opção de não o ser, como permitiu que a mulher pudesse dedicar-se à vida profissional, de modo a ter uma participação cada vez mais efetiva na esfera pública.

As transformações ocorridas na divisão societária do trabalho contribuíram para atribuir à figura feminina um novo status social, como bem coloca Patias e Buaes (2012), além de exercer o papel de mãe, hoje em dia as mulheres também se fazem presentes em outros espaços de nossa sociedade, saindo do âmbito privado e se fazendo presente também na esfera pública, através de sua inserção no mercado de trabalho, optando por uma profissão que lhe traga benefícios pessoais e prestígio profissional, associando-a ou não ao exercício da maternidade. Assim sendo, as mulheres passam também a se tornarem fonte de renda e autoridade, além de continuar cumprindo as tarefas do domínio privado.

Este posicionamento é reiterado por Carvalho (2009) quando esta afirma que:

Ao lado da mulher que trabalha fora, empoderada social e economicamente, convivem traços da mulher-mãe, da mulher ligada à vida doméstica, sem que isso signifique permanência de resquícios do passado, mas sim ressignificação de traços identitários do feminino, sob a lógica do autogoverno de si e da multiplicidade de possibilidades, entre as quais a maternidade é apenas uma. (Carvalho, 2009, p.6).

Desse modo, a opção das mulheres por não ter filhos é um fenômeno crescente nas sociedades ocidentais contemporâneas. Entretanto, cabe destacar que essa realidade não é vivida de forma universal por todas as mulheres. Não podemos deixar de levar em consideração o fato de que a escolha pela não-maternidade ainda tem relação direta com o contexto histórico, econômico, social e cultural em que a mulher está inserida.

Scavone (2001) afirmar que um dos aspectos mais evidentes na transformação da maternidade foi o rompimento com seu determinismo biológico. Este rompimento levou à separação definitiva da sexualidade com a reprodução, seja pela contracepção medicalizada, seja pela reprodução artificial, desconstruindo, assim, a equação *mulher = mãe* e construindo outra equação mais complexa, onde entram em cena também a classe médica e as novas tecnologias reprodutivas.

Contudo, conforme muito bem ressalta esta mesma autora, o significado social da maternidade não pode ser desconsiderado no momento de sua análise, já que:

Para além dos motivos psicológicos, socioeconômicos, que fazem as mulheres adiarem, adiantarem, aceitarem ou recusarem a maternidade, ou ainda, dos valores ideológicos e políticos que alimentam o ideal de sua realização, sempre estará em questão seu significado social. Este significado revela que, apesar das inúmeras mudanças ocorridas na situação social das mulheres, a realização da maternidade ainda compromete consideravelmente as mulheres e revela uma face importante da lógica da razão androcêntrica. Infelizmente, a maternidade ainda separa as mulheres socialmente dos homens e pode até legitimar, em determinados contextos, a dominação masculina. (Scavone, 2001, p.149-150).

Já Nunes (2006) faz uma crítica à associação do debate da maternidade a uma defesa do direito à vida. A autora afirma que as discussões propostas por quem assume a defesa da necessidade de se ter acesso legal e seguro à interrupção de um processo gestacional constroem-se com base na ideia de “direitos”, de afirmação de liberdade e de realização de cidadania. A autora destaca que,

lamentavelmente, esta concepção emancipatória sobre o direito das mulheres em optarem pela interrupção da gestação é algo dissociado da visão que permeia o imaginário social no que tange o reconhecimento da dignidade e da sacralidade da vida.

Diferentemente dos animais, os seres humanos podem controlar sua capacidade reprodutiva e só ter filhas e filhos desejadas/os e amadas/os. Mulheres e homens têm a capacidade de escolher quando querem ter filhas/os, quantos filhas/os desejam ter, ou se não querem tê-las/os. Trazer à vida um novo ser deve ser um ato plenamente humano, isto é, pensado, refletido. Uma criança deve ser desejada e recebida para a vida. Isso é o que significa “escolha procriativa”, “maternidade e paternidade responsáveis”. Por isso, uma gravidez não planejada, inesperada, ou indesejada pode ou não tornar-se objeto de uma acolhida. É exatamente o reconhecimento da dignidade e da “sacralidade da vida” que coloca a exigência moral de tornar possível a interrupção de uma gravidez e o correlato respeito por essa decisão. (Nunes, 2006, p.70).

Neste sentido, entender a reprodução humana enquanto uma escolha ou como resultado de uma decisão livre, inserindo-a no campo dos direitos reprodutivos, nos permite:

Cruzar o campo político da cidadania com o campo da ética e da moral. Possibilitando que tenhamos elementos para enfrentar de maneira adequada as forças fundamentalistas – religiosas e laicas – que hoje parecem querer minar as bases de uma sociedade justa, pluralista, não racista, tolerante e democrática. (Nunes, 2006, p. 70).

## 1.2. Resgate histórico sobre a discussão do aborto

A palavra aborto, como bem define Costa (2008), provém do latim *ab-ortus*, ou seja, privação do nascimento. É definido, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004), como o produto da concepção eliminado no abortamento. Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2010), o abortamento é definido como a interrupção da gravidez que resulta na morte do embrião ou feto antes que seu peso ultrapasse 500g e antes de completar as primeiras 22 semanas de gestação.

De acordo com os estudos que abordam essa temática, várias podem ser as causas e os motivos que levam à ocorrência da interrupção da gravidez. Segundo os mesmos, a interrupção da gravidez pode se dar de forma induzida ou espontânea. Entretanto, na maioria das vezes, a sua causa permanece indeterminada (MS, 2010).

A OMS (2004) define como aborto espontâneo aquele que ocorre com a interrupção da gravidez sem que esta seja por vontade da mulher, podendo acontecer devido a fatores biológicos, psicológicos e sociais que contribuem para que esta situação se verifique.

Já o aborto induzido é definido como um procedimento usado para interromper uma gravidez, podendo acontecer quando existem malformações congênitas, quando a gravidez resulta de um crime contra a liberdade e autodeterminação sexual, quando a gravidez coloca em perigo a vida e a saúde física e/ou psíquica da mulher ou simplesmente por opção da mulher.

De acordo com a medicina, a interrupção precoce da gravidez é classificada da seguinte forma:

O aborto ou interrupção precoce da gravidez é chamado de espontâneo quando se inicia independentemente de qualquer procedimento ou mecanismo externo, geralmente devido a problemas de saúde da mulher ou do feto. É considerado provocado quando resulta da utilização de qualquer processo abortivo externo, químico ou mecânico. Este último pode ter motivação voluntária ou involuntária de gestante e ser considerado legal ou ilegal. (Rede Feminista em Saúde, 2001, p.9).

Já a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (MS, 2010) faz uma classificação mais detalhada sobre os tipos de abortamentos. Segundo a mesma, eles podem ser classificados em: ameaça de abortamento; abortamento completo; abortamento inevitável/incompleto; abortamento retido; abortamento infectado; abortamento habitual e abortamento eletivo previsto em lei.

Na tentativa de obter um resgate histórico sobre a problemática do aborto, Galeotti (2007) trata da temática do aborto como um fenômeno sempre em estado de permanente evolução. Sendo assim, o aborto é considerado como uma realidade que sempre existiu, mas que, no entanto, durante séculos ficou restrita ao foro íntimo feminino, sendo reforçada pelo silêncio das fontes históricas a respeito do assunto.

De acordo com esta autora, o problema do aborto é uma constante que sempre acompanhou a história das sociedades humanas e que se desenrola ao longo de um processo em que se alteram não só noções e técnicas médicas, mas também os sujeitos, interesses, princípios éticos, religiosos e regulamentos jurídicos.

Essas mudanças são consequências do amadurecimento ao longo dos séculos da concepção do papel da mulher na sociedade, das formas de considerar o feto e a gravidez, das intervenções externas e dos interesses políticos.

Nesse sentido, é possível se observar que o conceito de aborto vem mudando desde a antiguidade até os dias atuais, assumindo diferentes funções e significados. Desta forma, o problema do aborto passa a ser evidenciado como um fato histórico e permanente. Assim sendo:

A transformação cultural e histórica comparece no quadro causal-explicativo do problema do aborto, na medida em que se questionam tradições, alteram-se costumes, criam-se novos conceitos e normas e leis se modificam e propõem. A polêmica é motivada, sobretudo, pelos diversos ângulos de visão existentes e possíveis sobre o assunto. (Costa, 2008, p. 2).

Ainda de acordo com Galleoti (2007), a concepção histórica do aborto pode ser dividida em duas fases: a primeira vai retratar as percepções sobre o aborto desde a antiguidade até o início do século XVIII; e a segunda, as mudanças significativas sobre a concepção não só da prática do aborto, mas também das representações sociais sobre o mesmo, principalmente no período que vai do século XVIII até o XX.

A primeira fase vai desde a antiguidade remota até o século XVIII, passando pela Grécia Antiga, a Civilização Romana, a Idade Média e a Idade Moderna, tendo como elemento de continuidade a concepção do aborto como algo da mulher, não vendo no feto uma entidade autônoma, mas entendendo-o como parte do corpo materno.

Ou seja, todas as transformações que ocorrem no corpo feminino são vistas como algo do espaço privado da mulher. Contudo, essa visão não se dá de forma monolítica, pois, com o surgimento do judaísmo e mais tarde com o cristianismo, ocorre um delineamento de uma oposição estruturada ao aborto. Essa ideia é reiterada por Costa, quando afirma que:

Foi o apogeu do Cristianismo que influenciou fortemente as concepções do mundo antigo, por meio das severas punições atribuídas pela Bíblia Sagrada àqueles infiéis que praticassem ou se permitissem praticar o aborto. Desde então, o abortamento foi erigido à categoria de crime na maior parte do mundo (Costa, 2008, p. 3).

Já a segunda fase, segundo Galleoti (2007), se inicia a partir da Revolução Francesa e vai até o início do século XX (período considerado como um momento de cisão na percepção do aborto no âmbito social). É no contexto da Revolução Francesa que o aborto começa a assumir um caráter público.

Cabe ressaltar, como bem aponta Galleoti (2007), que essa perspectiva é impulsionada pelos conhecimentos científicos desenvolvidos no século XVII, graças ao advento do Iluminismo, que tornaram possível a visualização concreta do feto na sua plena individualidade. Tal perspectiva encontra como principal opositor o pensamento conservador da Igreja que vê o aborto como um crime contra a criação de Deus.

A referida autora também destaca que são os Estados Nacionais saídos da Revolução Francesa que irão dar a primeira resposta clara ao seguinte questionamento: vale mais a vida da mãe ou a do feto? Diante deste dilema, o Estado assume a postura de tutela do nascituro, pois o entende como entidade politicamente relevante.

Isso ocorre porque a taxa de natalidade torna-se importante para a força do Estado que necessita de cidadãos-soldados e de cidadãos-trabalhadores. Esta orientação perdurou por quase dois séculos e trouxe com ela a noção de maternidade como uma obrigação e dever da mulher.

Segundo Costa (2008), foi a partir do século XIX que as nações ocidentais passaram a regulamentar a prática do abortamento e em muitos casos a proibi-la. A forte proibição da Igreja Católica (IC), por meio de ameaças de punição, intimidava graças à sua influência política todos os que ousassem defender a prática do aborto.

Os ideais da Igreja tinham como base a teoria da personificação imediata do feto, que condena o aborto em qualquer circunstância e estágio da gravidez. Essa prática, adotada pelo papa Pio IX em 1869, é vigente até os dias atuais dentro dos dogmas da igreja romana. O forte poderio da Igreja nas relações sociais em oposição à prática do aborto é ilustrado por Costa (2008):

A questão ético-religiosa, imperativamente, é crucial em relação ao aborto, posto que cruza com as noções de contracepção, um dos temas mais delicados da Igreja, em que são registradas graves posturas de transponibilidade extremamente difícil. Isto se explica pela forte influência que a religião possui e sempre possuiu perante os homens, e pelo posicionamento de subordinação que estes mantêm ante esta Instituição. [...]. Tal intocabilidade e incondicionalidade são, no entanto, inaceitas por correntes que se opõem a esse tipo de argumentação. Surge, assim, a disputa, pois os legisladores são suscetíveis às paixões e influências religiosas, éticas e filosóficas, sendo praticamente impossível agirem de forma neutra em suas criações normativas. (Costa, 2008, p.3).

Para Emmerick (2008), essas transformações presenciadas em nossa sociedade têm repercussões dramáticas para os setores historicamente pobres e excluídos. Afetando de forma mais acentuada as mulheres que, histórica e culturalmente, sempre foram mais alijadas de seus direitos sociais, sofrendo de forma mais acentuada as consequências da pobreza, da exclusão social e das precárias políticas públicas de saúde, educação, assistência social, etc.

Ainda de acordo com este autor, o que se observa principalmente no que diz respeito à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres é que a garantia destes direitos não se efetiva no campo das políticas públicas. Isso ocorre porque, ao longo da história da formulação das políticas públicas voltadas para esta garantia social, o que se pode observar é que a perspectiva mais ampla de defesa e garantia deste direitos tem sido, ao longo do tempo, substituída pela perspectiva do controle social formal sobre o corpo da mulher, tornando ainda mais difícil se avançar no enfrentamento do fenômeno do aborto enquanto questão de saúde pública.

Constatamos, ainda, que o corpo e a sexualidade, na sociedade contemporânea, continuam sendo objetos extremamente úteis para a imposição da repressão, controle e domesticação das massas empobrecidas. No que tange especificamente à mulher, tal controle faz-se mais visível quando se fala em sexualidade, reprodução e, principalmente, do aborto e sua criminalização. (Emmerick, 2008, p. 182).

Em síntese, o que se observa é que todo o pensamento ideológico, historicamente construído, nas mais diferentes épocas, sempre serviu aos mecanismos de controle do corpo e da sexualidade feminina. Fundamentando, assim, a hierarquização entre os sexos nos mais distintos momentos históricos, satisfazendo ora os interesses da igreja, ora dos seguimentos conservadores e

machistas da sociedade que sempre alcançaram o objetivo pretendido, que é a criação de um modelo ideológico de dominação e controle sobre a procriação, criando um saber-poder que diz o que é verdadeiro ou falso, quando o assunto diz respeito ao sexo e à reprodução (Emmerick, 2008).

Todavia, segundo Costa (2008), no século XX uma nova solução surge para esse conflito, mais precisamente nos anos 70, quando as legislações começam a levar em consideração as exigências do outro sujeito da relação, tutelando direitos e escolhas da mulher, ainda que com limites e tempos diferentes de país para país.

De acordo com Galleoti (2007), apesar do aborto ser, em parte, tolerado na Europa desde 1938, a virada legislativa só ocorre quando na Inglaterra, em 1967, acontece o Abortion Act, onde graças às lutas e embates protagonizados por vários atores políticos e sociais passa-se a adotar uma visão mais equânime sobre o papel da mulher e do feto nas situações de aborto.

No entanto, esse avanço não se dá na América Latina (com exceção de Guiana), devido à forte influência dos setores conservadores da Igreja na vida social e política. Na maioria dos países latino-americanos o aborto é considerado crime pela legislação, só havendo exceções em raríssimas situações.

Segundo Emmerick (2013), no que diz respeito ao Brasil, a prática sempre foi objeto de grande rejeição, seja pelo Estado, seja pela Igreja Católica, e tornou-se crime a partir do Brasil Império, com a Promulgação do Código Penal de 1830. O Código Penal da República de 1890 e o Código Penal de 1940 ampliaram ainda mais a criminalização.

Entretanto, Farias (2009) ressalta que apesar do Código Penal de 1940, enquanto dispositivo legal, ainda possuir um caráter restritivo quanto à descriminalização do aborto e à compreensão sobre o exercício pleno da livre cidadania sexual e reprodutiva, para o contexto da época o mesmo pode ser considerado como um avanço.

Isto porque, em seu artigo 128, incisos I e II, este cria um dispositivo legal que permite a realização do aborto legal pelos médicos nos casos de risco de vida para a mulher e nos casos de gravidez decorrente de estupro. Tal fato proporcionou que durante anos, por intermédio dele, alguns juristas sensibilizados pela discussão dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher autorizassem, por meio de uma autorização judicial, a realização do aborto legal também para os casos de anomalia fetal que comprometem a vida extrauterina do feto.

Emmerick (2008) ressalta que a prática do aborto, ao longo da história brasileira, sempre esteve restrita ao espaço privado das relações conjugais e domésticas. Somente no século XX, mais precisamente no decorrer das décadas de 60 e 70, com intensificação progressiva nas décadas posteriores, é que o fenômeno do aborto e a sua criminalização passam a ser objeto de intensos debates e embates no espaço público, se tornando objeto de muita discussão e polêmica na sociedade brasileira.

Isto acontece devido ao fato dessas discussões e polêmicas ainda estarem pautadas em discursos influenciados por convicções individuais e valores morais e religiosos, que acabam por desqualificar um debate sério e responsável sobre o tema, o qual deveria ser pautado em razões públicas e na racionalidade do direito (Emmerick, 2013).

No Brasil, conforme aponta Leocádio (2006), uma proposta de política referente à temática da interrupção da gestação prevista em lei é criada pelo Ministério da Saúde (MS) no período de redemocratização do país, graças a dois fatores: o primeiro se refere ao compromisso assumido pelo governo brasileiro junto às conferências da Organização das Nações Unidas (ONU), o segundo diz respeito à luta do movimento feminista pela garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Esta ideia é endossada por Emmerick (2008) quando este afirma que os debates e embates em torno da discussão sobre a prática do aborto, bem como da sua (des)criminalização estão estritamente ligados à mobilização das mulheres, enquanto movimento organizado, por intermédio de suas lutas pela equidade de direitos entre homens e mulheres, enfim, pelo direito ao exercício da cidadania plena e ampliada.

No que concerne às conferências internacionais de Cairo (1994) e Beijing (1995), os países signatários, entre eles o Brasil, se comprometeram em garantir a assistência ao abortamento nos casos previstos em lei e em melhorar a qualidade da assistência ao abortamento em geral.

Segundo Torres (2005), quando se trata da prática segura do aborto, o Plano de Ação de Cairo +5 em seu artigo 63, iii, prevê que:

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, acrescentando, inclusive, que, nesses casos de abortamento não criminosos, “medidas adicionais devem ser tomadas para salvaguardar a saúde das mulheres.” (Torres, 2005, p.1).

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

Conforme reitera Emmerick (2013), essa luta pelo direito ao aborto no Brasil está baseada em alguns princípios fundamentais do Estado democrático de direito, tais como: a laicidade do Estado, a liberdade, a igualdade e a diversidade.

O referido autor também ressalta que as diretrizes traçadas pelos instrumentos internacionais, os direitos sexuais e reprodutivos, pelas suas especificidades e pela forma como foram construídos, demandam um conjunto de direitos básicos relacionados ao livre exercício da sexualidade e da reprodução humana. Tais direitos compreendem:

O acesso aos serviços de saúde que a assegurem informação e educação sobre saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar, bem como fornecimento de métodos contraceptivos, de forma a garantir a liberdade procriativa e sexual, isto é, garantir o exercício da sexualidade e da reprodução sem risco para a saúde. À vista disto, os Estados devem prestar todo tipo de informação e os meios necessários para o exercício de tais direitos, cujo principal objetivo é fazer com que todos os indivíduos alcancem o mais elevado nível de saúde sexual e reprodutiva, sem sofrer discriminação, coação ou qualquer tipo de violência (Emmerick, 2008, p. 183-184).

Dentre essas ações, cita-se a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento e a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, dois instrumentos fundamentais para garantir a ampliação dos serviços de interrupção da gestação prevista em lei e o atendimento humanizado a todas as mulheres em situação de abortamento.

Conforme reiteram Talib e Citeli (2005):

Parte das inúmeras conquistas em benefício dos direitos e da saúde das mulheres deve-se à atuação do movimento feminista que, no Brasil, desde a década de 70, vem defendendo e apoiando a implantação de ações norteadas pela noção de direitos reprodutivos e pelo direito da escolha autônoma da mulher pela maternidade. (Talib & Citeli, 2005, p.13).

Galli e Mello também apontam que o Plano de Ação de Cairo, adotado por 179 países, dentre os quais o Brasil, dispõe que:

Todos os governos e organizações intergovernamentais e não governamentais são instados a fortalecer seu compromisso com a saúde das mulheres, a considerar o impacto do aborto inseguro na saúde como um grave problema de saúde pública e a reduzir o recurso ao aborto através da expansão e da melhoria do planejamento familiar. (Galli & Mello, 2007, p.2).

De acordo com Neto e Rocha (1999), apesar da legislação brasileira amparar a realização do aborto previsto em lei durante quase cinco décadas, este direito vem sendo dificilmente exercido pelas mulheres que dele necessitam, especialmente nos casos de estupro.

Segundo Emmerick (2008), tal fato pode ser justificado porque o avanço na normatização dos direitos sexuais e reprodutivos só aconteceu no plano internacional, não se refletindo no plano nacional. Para este autor, para que se possa avançar na implementação e garantia dos referidos direitos em âmbito nacional, é preciso enfrentar uma série de barreiras e obstáculos, já que no caso do Brasil observa-se o predomínio e manutenção de uma cultura conservadora, machista e autoritária, permeada por valores morais, culturais e religiosos que resistem em aceitar os direitos sexuais e os direitos reprodutivos enquanto requisitos para o exercício da cidadania de forma ampliada.

Um exemplo clássico disto é o fato do primeiro serviço para a realização da interrupção da gestação prevista em lei só vir a ser implantado no Brasil em 1989, apesar da legislação brasileira já ter garantido este direito desde 1940, tendo como pioneiro o “Programa de atendimento aos casos de aborto legal” do Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya, também conhecido como Hospital do Jabaquara, em São Paulo. Esse serviço é considerado pioneiro não só no Brasil, como em toda a América do Sul.

Essa demora na implantação dos serviços se deve ao fato de que no Brasil a implementação deste tipo de serviço ainda está condicionada à interferência de interesses políticos, partidários e de dogmas religiosos. Embora se tenha por meio da legislação um embasamento jurídico para a implantação dos mesmos, ainda é possível perceber certa resistência em sua implantação (Neto & Rocha, 1999).

Esta demora, conforme ressalta Emmerick (2008), evidencia também uma implementação inadequada das políticas públicas voltadas para o atendimento da saúde das mulheres, na perspectiva do conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), uma vez que, por regra geral, tais políticas demonstram se preocupar com a saúde da mulher apenas no período da reprodução (principalmente nos aspectos referentes ao pré-natal, parto e puerpério) e ainda assim de maneira precária.

Ao não criar políticas de saúde objetivando garantir à mulher o exercício ao seu direito de interromper ou não uma gravidez não desejada, o estado brasileiro continua exercendo um controle injustificado e discriminatório sobre o seu corpo, sua sexualidade e sua reprodução, configurando-se uma patente violação de direitos humanos, pois toda e qualquer gestação se dá no interior do corpo da mulher e só a ela cabe a difícil decisão de levar ou não a gravidez adiante. Assim, somente a mulher poderá avaliar de forma sensata e de acordo com as suas expectativas e necessidades sobre a possibilidade de prosseguir ou não com uma gravidez indesejada. Ao Estado cabe, de acordo com a legislação pátria e com os compromissos assumidos perante a ordem internacional, através de prestações positivas e negativas, garantir o direito à livre autodeterminação (Emmerick, 2008, p. 184).

Ainda de acordo com Emmerick (2008), observa-se que, não obstante os grandes avanços na conquista dos direitos das mulheres, em relação à reivindicação do direito ao aborto legal e seguro, os avanços ainda são pouco significativos e, em grande parte, isso ocorre devido à atuação e pressão dos movimentos religiosos que junto ao Poder Legislativo acabam obstruindo o acesso das mulheres a direitos garantidos em lei, evidenciando, assim, que a violação dos direitos humanos das mulheres ainda é uma realidade em nosso país.

Por conta disto, Emmerick salienta que:

Para se contrapor às ingerências religiosas nos Poderes Públicos, o discurso feminista enfatizou os princípios da separação entre a Igreja e o Estado e do Estado laico e democrático. Assim, a partir dos anos 80 do século XX, tais princípios passam a centralizar os debates públicos sobre o aborto, notadamente na arena do Poder Legislativo. Desta forma, parlamentares favoráveis ao avanço e proteção dos direitos das mulheres, influenciados pelos movimentos feministas, começam a se apropriar do princípio do Estado laico para fundamentar suas posições favoráveis aos projetos de lei que visam descriminalizar ou aumentar os permissivos legais do aborto (Emmerick, 2013, p.204).

Nos dias atuais, ainda observa-se a carência de políticas públicas no que diz respeito à atenção aos casos de abortamento previsto em lei. Os serviços de aborto legal ainda estão centrados nas grandes cidades e capitais do país, condicionando este acesso a um número reduzido de mulheres.

Soma-se a isso o fato de somente em 1999 o MS ter normatizado os procedimentos para o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual e ao abortamento decorrente dessa violência através da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual Contra as Mulheres e Adolescentes. Esta Norma Técnica contempla a organização da atenção e funciona como um guia geral para os profissionais de saúde que prestam esse tipo de atendimento.

Apesar dessas iniciativas, o abortamento ainda representa um grave problema de saúde pública em nosso país e é uma das principais causas de mortalidade e morbidade materna. A discussão sobre o abortamento no Brasil envolve um complexo conjunto de aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais (MS, 2010).

De acordo com Galli (2005), o aumento da violência sexual no Brasil e a sua repercussão social demonstram que esta se constitui não só como um problema de direitos humanos como também um problema social e de saúde pública, pois incide diretamente na prestação de serviços de saúde, requerendo do poder público e dos profissionais de saúde uma intervenção eficaz no combate à mesma.

Segundo a autora, a violência sexual decorre diretamente da existência de desigualdades nas relações de gênero, o que implica na violação ao direito da mulher à igualdade e a estar livre de sofrer qualquer tipo de discriminação.

Afirma também que o direito humano a viver livre de violência inclui o direito a receber um tratamento humanizado nos serviços de saúde. E que, nos

casos de violência sexual a recusa dos profissionais de saúde, a realização da interrupção da gravidez prevista em lei se constitui em uma violência institucional contra essas mulheres, afetando sua autodeterminação sexual e reprodutiva.

Entretanto, desde 1991, observa-se no Brasil um acirramento com relação à discussão sobre a descriminalização do aborto, em geral, reflexo do recrudescimento de opiniões conservadoras em relação ao aborto no mundo. Tramitam atualmente no Congresso Nacional 28 propostas que, direta ou indiretamente, referem-se ao tema, tendo como objetivo facilitar ou barrar o acesso aos serviços de saúde no caso da interrupção da gestação prevista em lei.

Em 2001, a deputada Jandira Feghali (PCdoB/ RJ), responsável pela relatoria do conjunto de projetos que propunham alteração do Código Penal, apresentou um substitutivo ao PL 1135/91, com parecer favorável à aprovação de todas as propostas liberalizantes em relação ao aborto e rejeição dos projetos restritivos. Em meio a avanços e retrocessos, entre 2004 e 2005, surgiram oportunidades de reforma legal e jurídica e o debate instalou-se de maneira mais ampla no país. Possibilitando o debate sobre antecipação terapêutica do parto nos casos de anencefalia (cabeça fetal com ausência de calota craniana) e o processo político que resultou no Projeto de Lei formulado pela Comissão Tripartite para a Revisão da Legislação sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez. Em agosto de 2005, a Comissão Tripartite encerrou seu trabalho com a elaboração de um anteprojeto de lei que propõe a descriminalização do aborto no Brasil.

Segundo Gomes (2008), a premissa “vida é um dom de Deus” baseia o discurso parlamentar contrário à descriminalização do aborto. Essa convicção é o elemento que une a chamada “bancada evangélica” e o grupo de parlamentares católicos – especialmente identificados com a vertente carismática. E transpõem os possíveis antagonismos entre esses grupos em prol de uma causa-missão de combate público, através de “frentes parlamentares”. Estas, por sua vez, se opõem desde tentativas de implementação do que já prevê a Lei até propostas de descriminalização do aborto.

De acordo com alguns estudiosos do assunto (Nunes, 2006; Luiz, 2006; Sarmiento, 2006), a forma como o debate sobre o aborto vem sendo tratado é equivocada, já que, para a realização de um debate sério sobre o tema, primeiro faz-se necessário sair da falsa polarização entre ser contra ou a favor do aborto. A abordagem correta deve considerar os seguintes aspectos: o grave problema de

saúde pública; a autonomia da mulher e o respeito num Estado laico à diferença; a diferenciação das fases de gestação; e, por último, fazer o seguinte questionamento: a população brasileira realmente quer que as mulheres que realizam algum tipo de aborto sejam presas?

Rocha (2008) destaca que as tentativas de mediação do problema do aborto no Brasil ainda são precárias e enfatiza que:

É urgente que o tema do aborto seja discutido de forma democrática e tolerante na esfera legislativa brasileira, de forma a contemplar não apenas as posições religiosas ou morais de determinadas parcelas da sociedade, mas, principalmente, a pluralidade de posições e crenças que caracterizam toda a sociedade brasileira. (Rocha, 2008, p. 13).

Atualmente, no âmbito do legislativo, está em tramitação a PL 236/2012, resultado da instalação de uma comissão especial de juristas, que, desde outubro de 2011, foi instituída para fazer a revisão do Código Penal, resultando na criação e elaboração de um anteprojeto com 543 artigos em junho de 2012. Este documento assinado pelo então presidente do Senado, José Sarney (PMDB-AP) resultou na criação desta lei que prevê a reforma do Código Penal Brasileiro e, por conseguinte, acaba por se rebater no debate sobre a descriminalização do aborto em nosso país.

De acordo com a matéria publicada no site Agência Senado, em 24 de outubro de 2013, este projeto de lei - objeto de inúmeros debates e embates no campo político brasileiro - já recebeu 806 emendas, que são, em sua grande maioria, contrárias à descriminalização e à legalização do aborto em nosso país. Por conta disto, o referido projeto voltará à comissão especial que trata do tema para que seja dado parecer sobre essas propostas. Tal fato evidencia a manutenção do caráter conservador por parte de nossos legisladores em relação às suas concepções sobre o aborto e ao respeito à autodeterminação sexual e reprodutiva das mulheres.

A referida matéria cita, como exemplo, recentes emendas apresentadas pelos senadores onde se defende o aumento do tempo de pena no crime de aborto praticado por terceiro com consentimento da gestante. A emenda do senador José Agripino (DEM-RN) prevê a pena entre um e seis anos de prisão. Atualmente, a

pena prevista em lei vai de um a quatro anos. Já o relator do projeto, senador Pedro Taques (PDT-MT), sugere pena de um a três anos de prisão.

Visando dirimir os conflitos e embates gerados pela proposta de atualização do Código Penal, editado em 1940, instaurou-se, em agosto de 2012, uma comissão especial formada por 11 integrantes do senado brasileiro, sob a relatoria do senador Pedro Taques (PDT-MT). O prazo final para a conclusão dos trabalhos foi dia 16 de dezembro de 2013. Depois de ser votado pela comissão temporária, o projeto seguiu para deliberação da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), onde permanece até os dias atuais.

Pelo aqui exposto é legítimo afirmar quão polêmica e multifacetada é a questão da discussão acerca do aborto, podendo destacar aspectos de cunho político, moral, religioso, de direitos humanos e culturais.

## 2

### **Efetivação dos serviços de acesso ao aborto legal**

#### **2.1.**

#### **O acesso aos serviços de saúde para a realização do aborto legal**

No Brasil, a discussão sobre o direito ao aborto legal e o acesso a serviços públicos que garantam tal prática ganhou força graças aos debates sobre a descriminalização do aborto, que, de acordo com Sucupira (2005), surgiram no final dos anos 80, quando o movimento feminista fez uma releitura da lei sobre o direito à interrupção legal da gestação e passou a exigir o cumprimento das duas exceções previstas no código penal de 1940, como um direito das mulheres.

Com o passar do tempo, esses debates deixam de ser fruto dos questionamentos e das inquietações do movimento feminista e passam a ser incorporados por outros segmentos da sociedade civil que se opõem ao modelo machista de sexualidade historicamente estabelecido em nossa sociedade, pois o mesmo se baseia na procriação, sem considerar a mulher como um sujeito ético, político e autônomo (Sucupira, 2005).

Ávila (2003) acrescenta que esse padrão se rompeu graças à conquista dos direitos sexuais e reprodutivos e à sua visibilidade dentro do âmbito dos direitos humanos, pois foi por meio desta concepção de direito que as mulheres passaram a ser vistas como um sujeito social dotado de direitos.

Esta mudança de paradigma teve por objetivo romper com a subordinação a que as mulheres foram submetidas, durante séculos, em relação ao uso de seus próprios corpos, uma vez que todas as regras e tabus que controlaram e reprimiram suas vivências corporais na sexualidade e na reprodução foram historicamente determinados pelos homens (Ávila, 2003, p.3).

O movimento de mulheres no Brasil tem se respaldado nos princípios contidos nos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres para embasar a sua luta pela garantia deste acesso, entendendo enquanto um respeito aos seus direitos humanos das mulheres. Assim sendo, o movimento de mulheres passa a incorporar em sua agenda de luta a defesa pela ampliação destes serviços no

Brasil. Estes direitos (sexuais e reprodutivos) emergiram e ganharam visibilidade no cenário nacional e internacional através das Conferências Mundiais organizadas pela ONU.

Essa compreensão ampliada da noção de direitos humanos da mulher é reafirmada nos princípios da Conferência de Beijing, que em sua plataforma determina que:

Os direitos humanos da mulher incluem seu direito a ter controle sobre aspectos relativos à sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente a respeito destas questões, sem estarem sujeitas à coerção, discriminação ou violência. (Onu, 1995, p.179).

Cabe enfatizar que, na perspectiva de atenção integral à saúde da mulher, a noção de acesso deve ser entendida não de uma forma restrita, mas, sim, ampliada. Isto porque a noção de acessibilidade não se reduz ao acesso físico à unidade de saúde. Como bem ressaltam Travassos e Martins (2004), o acesso é um elemento primordial no atendimento para que se possa incidir sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade. Corroborando com este pensamento, a OMS (2002) destaca que a acessibilidade é um indicador de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde.

Assim sendo, Travassos e Martins (2004) endossam que é preciso que os profissionais de saúde, inclusive os assistentes sociais, tenham em sua prática a compreensão de que a utilização dos serviços representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde, e que, nessa perspectiva, o processo de utilização dos serviços é visto como resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura e do profissional que o conduz dentro do sistema.

Conforme dados da pesquisa “Serviços de Aborto Legal em hospitais públicos brasileiros”, realizada pelo grupo Católicas Pelo Direito de Decidir (CDD-Br) durante o período de 1989 a 2004 (apud Talib e Citeli, 2005), a condição de ilegalidade do aborto no país, além de todas as consequências danosas para a vida e a saúde das mulheres, também influi negativamente sobre os serviços de saúde, pois contamina inclusive o atendimento realizado nos casos de interrupção da gestação prevista em lei.

Talib e Citeli (2005) apontam que uma parcela significativa dos serviços de interrupção legal do aborto no Brasil presta uma quantidade mínima de

atendimentos. Tal fato é decorrente da invisibilidade tanto pública como interna que é dada a esse tipo de serviço.

Essa invisibilidade dos serviços também limita o acesso da potencial clientela, isto é, as mulheres. Que mesmo tendo esse direito assegurado por lei, acabam não tendo o acesso garantido, porque desconhecem a existência dessa política pública.

As dificuldades para a implementação desses serviços se mantêm até os dias de hoje e são perceptíveis desde a criação dos serviços pioneiros, apesar de todos os avanços no campo dos direitos e do exercício da cidadania feminina. Conforme ressaltam Villela e Lago (2007):

A estruturação e manutenção destes serviços e redes não têm sido uma tarefa simples, exigindo continuados esforços de articulação técnica e política. Desta forma, o número de serviços de saúde capacitados a realizar todos os procedimentos previstos na norma técnica, incluindo a interrupção da gravidez, quando é o caso, é insuficiente para o tamanho do país; mesmo onde há serviços, muitas mulheres ainda encontram dificuldades para serem atendidas. (Villela & Lago, 2007, p.2).

Um exemplo claro disto é o fato de em Maio de 2014 o Ministério da Saúde publicar a Portaria nº415/2014 e logo em seguida revogá-la devido à pressão de Grupos Fundamentalistas que atuam no Congresso Nacional. Cabe ressaltar que esta Portaria foi instituída com o intuito de normatizar os procedimentos de interrupção da gestação prevista em lei no âmbito do SUS. Esta portaria tinha como finalidade regulamentar tal procedimento dentro da rede do SUS, estendendo esse atendimento a todas as unidades de saúde que possuem atendimento obstétrico e, portanto, com competência para realizar tal atendimento. A referida portaria também se propunha a definir custos e suas fontes, além de padronizar normas para a solicitação e autorização da interrupção da gestação prevista em lei.

A Portaria 415 é uma complementação importante do Decreto 7958, de março de 2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde e da Lei 12.845, sancionada pela presidente Dilma Roussef em Agosto de 2013, que dispõe sobre o atendimento

obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual nas unidades do SUS.

Estes dois documentos são de fundamental importância para que se possa melhorar em nosso país o atendimento às mulheres que têm direito a realizar a interrupção da gestação prevista em lei. Isto porque até a promulgação desses documentos o atendimento era realizado apenas nos hospitais de referência, ou seja, apenas nos 65 serviços cadastrados no MS, contudo, vale lembrar que, deste monte, apenas 37 serviços efetivamente vêm realizando o atendimento. Tal fato contribui para que muitas mulheres não tenham acesso a esse procedimento, nem mesmo a um atendimento especializado em casos de violência sexual.

Especialmente no caso do município do Rio de Janeiro, o problema da pouca oferta destes serviços se constitui em algo preocupante, conforme ressalta Farias:

Apesar do município possuir cinco núcleos de referência para atendimento das mulheres em situação de violência sexual, apenas dois são referências para realizar a interrupção da gestação nos casos previstos em lei. E, dessas duas unidades que são referências para realizar a interrupção da gestação prevista em lei, conforme prevê a Resolução SMS nº 587/1996, apenas uma efetivamente vem realizando esse serviço, isso é agravado pelo número reduzido de profissionais de saúde que efetivamente prestam este tipo de atendimento. (Farias, 2009, p.37).

Este cenário evidencia que a oferta deste serviço ainda é muito insuficiente se levarmos em conta que o nosso país possui mais de 5.500 cidades. Cabe destacar que, apesar do Rio de Janeiro ser o menor estado da Região Sudeste, devido ao longo aumento populacional ocorrido ao longo dos últimos anos, atualmente é o terceiro estado mais populoso do Brasil.

De acordo com a contagem populacional realizada em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do estado totaliza 15,9 milhões de habitantes distribuídos em 92 municípios, sendo a densidade demográfica de 365,2 habitantes por quilômetro quadrado. A cidade do Rio de Janeiro, capital do estado, é a mais populosa com cerca de 6,3 milhões de habitantes e lamentavelmente em todo estado só existe um serviço de referência para atenção ao abortamento legal.

A Portaria nº 415/2014 seria de extrema importância na mudança deste cenário, porque incluía o procedimento interrupção da gestação e/ou antecipação

terapêutica do parto previstas em lei e todos os seus atributos na tabela de procedimentos do SUS, descrevia e regulamentava de forma explícita como deveria ser a atenção prestada em casos de aborto legal, conforme prevê a nossa legislação e com as NT's do MS por meio do estabelecimento dos seguintes parâmetros para realização deste atendimento:

- Preconizava que o atendimento nestes casos fosse de forma interdisciplinar;
- Estimulava a ênfase no acolhimento;
- A realização de anamnese, de profilaxias e todos os exames necessários (incluindo anatomopatológico quando coubesse);
- Endossava a importância da realização da notificação da violência sexual e outras violências no ato do atendimento;
- Definia os métodos e a linha de cuidado a serem utilizados para a realização do abortamento legal [incluindo os métodos medicamentosos, curetagens e esvaziamento manual intrauterino (AMIU)];
- Preconizava a oferta de anticoncepção de emergência pós-procedimento;
- A realização de encaminhamentos, consultas de retorno de acordo com o caso;
- Preconizava a guarda de material genético em caso de violência sexual;
- Garantia o direito de acompanhante para a mulher que vai realizar o procedimento;
- Definia como obrigatório o preenchimento do CID principal (razão médica ou legal) e secundário (violência sexual, anencefalia ou risco de vida) do objetivo de identificar e mensurar os casos atendidos no SUS, possibilitando, assim, que outras políticas públicas de saúde para as mulheres brasileiras pudessem ser geradas.

Ironicamente, esta Portaria foi revogada através de outra Portaria, de nº 437, datada de 29 de maio de 2014, um dia após o dia 28 de Maio, dia em que se comemora o Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher e Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna. Sua revogação é um retrocesso na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e um retorno à condição de

imprecisão que dificulta a obtenção de estatísticas na área de atenção às mulheres em situação de abortamento legal devido à subnotificação desses procedimentos no SUS.

O artigo "Dor em Dobro", de autoria das repórteres Anna Beatriz Pouza, Gabriela Sá Pessoa e Natacha Cortez, publicado em maio de 2014 pela Agência de Reportagem e Jornalismo Investigativo Público de São Paulo, traça um panorama sobre o acesso à informação e realização do aborto legal no Brasil, especialmente em São Paulo e Rio de Janeiro. O referido artigo aponta que as instituições da rede de proteção à mulher que sofre violência, dentre elas a área de saúde, em sua maioria, negligencia sua responsabilidade em atender e contribuir para a resolução da situação e, em algumas situações, ainda contribui para submeter à violência institucional as poucas mulheres que conseguem superar a barreira da vergonha, do medo e da descrença nessas instituições.

O artigo aponta que cerca de 7% dos casos de estupro atendidos na área da saúde resultam em gravidez. Apesar da legislação brasileira garantir à vítima dessa violência o direito à realização da interrupção da gravidez, a maioria, 67,4% das mulheres que passaram por esse sofrimento não tiveram acesso ao serviço de aborto legal na rede pública de saúde.

Corroborando com os dados acima, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2013 aponta que a taxa de estupros no Brasil ultrapassou, em 2012, a de homicídio, alcançando 26,1 ocorrências por 100 mil habitantes. Foram 50.617 estupros cometidos no Brasil. A taxa destes crimes em São Paulo subiu 23% entre 2011 e 2012 - de 25 para 30,8 ocorrências para cada grupo de 100 mil habitantes. Seguido do Rio de Janeiro que teve um incremento de 24% nestas ocorrências entre 2011 e 2012.

Já os dados da saúde são mais preocupantes, pois sinalizam que as notificações de violência sexual no município do Rio de Janeiro, de acordo com os dados fornecidos pelo SINAN NET<sup>3</sup>, demonstram que nos período de 2009<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup>O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi desenvolvido no início da década de 1990, com objetivo de fornecer informações para análise do perfil de morbidade através da coleta e processamento de dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional. O SINAN tem como objetivo "coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória, dentre esta, destaca-se a violência sexual contra mulheres, adolescentes e crianças". Destaca-se também que, nas situações de violências contra crianças, adolescentes, idosos e mulheres, essa notificação é compulsória em

(ano de implantação da Ficha de Notificação/ Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências passou a integrar o SINAN e seu preenchimento passou a ser obrigatório nos serviços de saúde) a 2013 as notificações deste tipo de violência foram inferiores ao número de fichas ignoradas ou em branco, totalizando apenas 2.428 notificações ao longo deste período. Conforme visualizado na tabela a baixo:

**Tabela 1- Frequência por ano de notificação, segundo violência sexual de 2009 a 2013**

Frequência por Ano da Notificação segundo Violência Sexual						
Viol. Sexual	2009	2010	2011	2012	2013	Total
<b>Ign/Branco</b>	<b>5</b>	<b>327</b>	<b>786</b>	<b>860</b>	<b>1.104</b>	<b>3.082</b>
<b>Sim</b>	<b>97</b>	<b>247</b>	<b>459</b>	<b>708</b>	<b>917</b>	<b>2.428</b>
<b>Não</b>	12	221	617	1.774	2.428	5.052
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>795</b>	<b>1.862</b>	<b>3.342</b>	<b>4.449</b>	<b>10.562</b>

Fonte: Sinan Net/MS (19.05.14).

Diante disto, observa-se a necessidade de melhorar a interface entre o sistema de informação e os sujeitos que irão alimentá-lo, através do investimento em capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde, visando à prévia detecção das situações de violência sexual e o preenchimento qualificado da ficha de notificação, a fim de minimizar as subnotificações dos casos de gravidez resultantes de uma violência sexual no município.

---

qualquer suspeita ou caso confirmado de violência em conformidade com a legislação (Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA, Lei nº 10.741/2003 – Estatuto do Idoso e Lei nº 10.778/2003, que obriga a notificação de violências contra mulheres).

<sup>4</sup>A Ficha de Notificação/ Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências passou a integrar o SINAN, adequando-se às suas normas específicas no que se refere à padronização de coleta e envio de dados, considerando que já é um sistema consolidado, com sustentabilidade e abrangência nacional. Esta ficha faz parte do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), cujo objetivo é captar informações do perfil dos atendimentos por violências doméstica, sexual e/ou outras violências (autoprovocadas e interpessoais) em unidades de saúde definidas pelas Secretarias Municipais de Saúde em articulação com as Secretarias Estaduais de Saúde, caracterizando o perfil das pessoas que sofreram violências, o tipo e local das violências, o perfil do provável autor(a) de agressão, dentre outros. Visa ainda articular e integrar com a “Rede de Atenção e de Proteção Social às Pessoas em Situação de Violências”, garantindo-se, assim, a atenção integral e humanizada, a proteção e garantia de direitos humanos. (Fonte: Roteiro para uso do Sinan Net, Análise da qualidade da base de dados e Cálculo de Indicadores Epidemiológicos e Operacionais: Violência doméstica, sexual e/ou outras violências/ MS, 2010).

A estruturação deste banco de dados será fundamental para se obter informações precisas acerca da saúde reprodutiva das mulheres, sendo esta uma condição *sine qua non* para formulação e monitoramento de políticas públicas.

Lamentavelmente, as mulheres que engravidam em decorrência de um estupro no Brasil ainda enfrentam várias barreiras para conseguir um bom atendimento nos serviços públicos de saúde e, na maioria das vezes, elas se veem diante de apenas duas alternativas: a resignação ou a prática insegura do abortamento conforme apontam Neto e Rocha:

[...] em muitas situações, as mulheres se resignavam com aquela gestação. Em outras situações, acabavam por provocar um aborto clandestino e, muito possivelmente, inseguro. E, por fim, muitas vezes, buscavam o amparo judicial e a assistência médica para interromperem legalmente a gestação, mas a gravidez chegava a termo sem obterem o amparo e a assistência solicitados. (Neto & Rocha, 1999, p.20).

De acordo com a Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, a mulher não necessita apresentar boletim de ocorrência ao serviço de saúde para ter direito a esse atendimento, e a interrupção da gestação deve ocorrer até a 20ª semana se o peso fetal for menor do que 500 gramas. Nas situações de risco de vida para a gestante ou em casos de anencefalia ou outra má formação fetal, são exigidos apenas dois pareceres técnicos assinados por dois médicos diferentes que serão analisados por um juiz encarregado de autorizar ou não a realização do procedimento a qualquer momento da gestação, nesta situação o procedimento é considerado antecipação terapêutica do parto.

Segundo Farias (2009), o recuo no âmbito da garantia e viabilização dos direitos civis adquiridos pelas mulheres se deve também à interferência de elementos ético-religiosos vigentes na cultura brasileira que exercem forte influência na constituição e na atuação das equipes de saúde.

Essa visão conservadora baseada na diferenciação entre os sexos ignora a representação social<sup>5</sup> da mulher e contribui para a perpetuação das desigualdades

---

<sup>5</sup>O conceito de **representação social** foi cunhado por Serge Moscovici e, segundo este, tem origem na Sociologia e na Antropologia, através de Durkheim e Lévi-Bruhl. A teoria das representações sociais pode ser considerada como uma forma sociológica de Psicologia Social. A expressão é mencionada pela primeira vez por Moscovici, em seu estudo sobre a representação social da psicanálise, que recebeu o título de *Psychanalyse: son image en public*. Moscovici,

de gênero e para a exclusão da mulher como um sujeito social e autônomo, bem como prejudica a implementação e a qualificação dos serviços de interrupção da gestação prevista em lei.

Cabe ressaltar que a recusa dos profissionais de saúde em realizar a interrupção da gravidez em casos de violência e de gestação com problema de má formação fetal, além de comprometer o acesso das mulheres, também se constitui em uma violação de direitos reconhecidos pelo Estado brasileiro, através de sua participação e assunção de compromissos junto às conferências e tratados internacionais e que já repercutem em mudanças na legislação nacional.

Leocádio (2005) aponta que a não realização da interrupção da gestação prevista em lei traz sérias consequências para a saúde e a vida da mulher, como: cerceamento dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, 'revitimização' da mesma, traumas psíquicos, físicos e emocionais, desestruturação da família, depressão, gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

Apesar de ainda haver alguns retrocessos na garantia do acesso das mulheres à interrupção da gestação prevista em lei, comparando aos tempos passados, pode se dizer que atualmente pela primeira vez na história das políticas públicas voltadas para as mulheres no Brasil tem se enviado esforços para garantir que haja uma regulamentação mais específica e qualificada para a atenção integral das mulheres em situação de violência sexual, com gestação de fetos anencéfalos ou que têm sua vida em risco, em função de uma gestação.

## **2.2. Implantação dos serviços de aborto legal no município do Rio de Janeiro**

O primeiro serviço de atendimento ao abortamento previsto em lei foi implantado no Hospital Municipal Dr. Arthur Saboya em São Paulo, no ano de 1989. Segundo Soares (2003), na etapa inicial de implantação, os serviços se

---

resgatada do emaranhado de conceitos sociológicos e psicológicos, a definição de representação social, para ele, é “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos”. (ALEXANDRE, p. 123 e 125).

centraram na interrupção da gravidez prevista em lei e com o cotidiano da assistência o foco do atendimento foi se deslocando para a atenção à violência sexual, ampliando e diversificando, dessa forma, a abrangência das ações de saúde.

Os fatores impulsionadores para a existência desse tipo de assistência no Brasil, de acordo com Soares (2003) foram:

Primeiramente, a atuação do movimento feminista que durante anos tem discutido o abortamento no contexto dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, reivindicando o direito da mulher de decidir sobre a interrupção da gravidez e que o Estado se responsabilizasse pela assistência aos casos de abortamento permitidos na lei. E, em segundo lugar, o fato do movimento feminista incluir em sua argumentação os parâmetros previstos, acerca desta atenção, tanto na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), ocorrida no Cairo, em 1994, e da Conferência Mundial sobre a Mulher (CMM), ocorrida em Pequim, 1995, que consolidaram os conceitos de direitos reprodutivos e direitos sexuais. (Soares, 2003, p.2).

Cabe ressaltar aqui que o Brasil enquanto país signatário destes tratados internacionais de direitos humanos das mulheres se comprometeu em garantir a assistência ao abortamento nos casos previstos em lei e em melhorar a qualidade da assistência ao abortamento em geral. , assim, ao que prevê o parágrafo 8.25 do relatório da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), que diz que *“nos casos em que o aborto não é contrário à lei, sua prática deve ser realizada em condições adequadas”* (grifos nossos).

A partir de 1996, segundo Soares (2003), as questões relacionadas à violência de gênero e as demais violações dos direitos humanos das mulheres começaram a se tornar objeto de preocupação para algumas entidades representativas dentro da área da saúde, principalmente por conta do impacto que tais violações acarretavam sobre a saúde das mulheres.

A referida autora destaca o importante papel desempenhado pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), ao se comprometer em garantir o direito à interrupção da gestação dentro do marco legal e, desde então, vem desenvolvendo, dentre outras ações, o Fórum Interprofissional sobre o Atendimento Integral à Mulher Vítima de Violência Sexual e a Atenção ao Abortamento Previsto em Lei.

Segundo Faúndes (2002), este fórum já está em sua 18ª edição e desde sua primeira versão (em 1996) é realizado em parceria com o Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP) e, atualmente, também conta com o financiamento do Ministério da Saúde, via pasta de Políticas de Saúde das Mulheres. O envolvimento da FEBRASGO tem contribuído, sobretudo, para a sensibilização e adesão dos médicos obstetras sobre a atenção à interrupção da gestação prevista em lei.

Lima et al (2007) destaca que, no Rio de Janeiro, o Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFm) foi definido como o primeiro hospital do município a ser considerado referência no atendimento aos casos de abortos previstos em lei. A implantação deste atendimento ocorreu em 1988, durante a gestão do prefeito Saturnino Braga, quando foi regulamentado o projeto de lei nº 1.042, de 28 de julho 1987, aprovado pela assembleia legislativa deste município.

Este projeto obrigava os serviços públicos de saúde do município a atender e oferecer o procedimento de aborto nos casos previstos em lei em conformidade com o texto do artigo 128, II, do Código Penal.

Essa postura é resultante da compreensão de que a viabilização do acesso aos serviços para atendimento à interrupção da gestação prevista em lei com justificativa legal no país é uma responsabilidade do Estado, devendo este elaborar políticas e programas que possibilitem esse acesso de forma equânime e não discriminatória a todas as mulheres que dele necessitarem.

No município do Rio de Janeiro, o trabalho de atenção à interrupção da gestação prevista em lei só começa a ocorrer de fato após a aprovação da resolução nº 587 de 05 de setembro de 1996 pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A partir disso, inicia-se o Grupo de Trabalho voltado para a elaboração de projetos de atendimento às mulheres que necessitam realizar a interrupção da gestação.

Lima et al (2007) ainda destacam que essa resolução expressa a articulação necessária entre o poder público e organizações da sociedade civil para elaboração e implementação de políticas públicas voltadas para a atenção à saúde integral das mulheres.

Ainda de acordo com as referidas autoras, o Grupo de Trabalho foi composto, na ocasião, pelas seguintes entidades: Gerência de Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher da SMS/RJ, Conselho Estadual dos Direitos

da Mulher (CEDIM/RJ), Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro (SGORJ), Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (Rede Feminista), dentre outras. Denotando a preocupação em garantir que a intervenção na atenção às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei se constituiu a partir de uma ótica que privilegiou a incorporação dos conceitos de intersetorialidade e de interdisciplinaridade.

Em 1999, prefeito Luiz Paulo Conde sanciona a Lei nº 2.903, que obriga os servidores das unidades de saúde do município do Rio de Janeiro a informar as vítimas de estupro sobre o direito à interrupção da gestação prevista em lei.

Assim sendo, conforme ressaltam Lima et al (2007), as iniciativas citadas acima definem as responsabilidades do setor de saúde para com as mulheres vítimas de violência sexual no município do Rio de Janeiro.

Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde (MS) determina a implantação da norma técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes”, partindo da perspectiva de atenção integral à saúde da mulher, visa: orientar os profissionais de saúde na atenção às vítimas de violência; auxiliá-los na organização dos serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada tanto nos casos de violência sexual quanto nas situações que prevê a interrupção legal da gravidez.

Soares (2003) destaca que essa iniciativa do MS em adotar esta Norma Técnica foi importante para legitimar o atendimento ao aborto previsto em lei. Uma vez que esta, além de orientar sobre os procedimentos, contribuiu para a aceitação e garantia da segurança dos profissionais de saúde na prática do abortamento previsto em lei.

No que se refere à atenção a gravidez resultante da violência sexual, a versão atual da referida Norma Técnica, que data de 2011, prevê os seguintes parâmetros: alternativas frente à gravidez decorrente de violência sexual, aborda os aspectos legais envolvidos neste atendimento, os procedimentos de justificação e autorização para a interrupção da gestação prevista em lei (consentimento, objeção de consciência), cita as formas de procedimentos para a interrupção da gravidez (determinando a idade gestacional, as condições pré-existentes, os métodos de interrupção por idade gestacional - até 12 semanas e após 12 semanas -, preparação do útero, informações e orientações sobre todo o procedimento,

profilaxia de infecção, cuidados de coleta e guarda de material, isoimunização pelo fator RH e, por fim, esclarecimentos sobre a alta hospitalar e o seguimento).

No ano de 2005, o Ministério da Saúde institui a Portaria nº 1.508, que dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), visando, assim, garantir a normatização da prática da realização da interrupção da gestação prevista em lei nos serviços de saúde.

No âmbito nacional, algumas leis e decretos sancionados pela Presidência da República, de certa forma, ocasionaram rebatimento no funcionamento dos serviços de saúde, que são referência para o atendimento às mulheres em situação de violência e com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei.

Estes instrumentos legais contribuem para fortalecer a viabilização dos serviços de interrupção da gestação prevista em lei, partindo do entendimento de que a luta pela ampliação deste serviço tem rebatimento direto na efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, permitindo, assim, que não só as mulheres, mas também a sociedade civil como um todo possa cobrar os gestores federais, estaduais e municipais a oferta deste tipo de serviço. Como exemplo, cita-se:

- A Lei nº 11.340/06 – a Lei Maria da Penha\*, sancionada no dia 07 de agosto de 2006, tem como objetivo coibir os crimes de violência doméstica e familiar contra as mulheres. Este instrumento legal **tipifica e define, pela primeira vez em nossa legislação, a violência doméstica e familiar contra a mulher**, estabelecendo as formas da violência doméstica contra a mulher como **física, psicológica, sexual, patrimonial e moral** (grifos nossos).

- O Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.

- A Lei nº 12.845, de 1º de Agosto de 2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Este instrumento legal transforma em lei as diretrizes já definidas pelo MS, desde 2004, na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, além de tornar obrigatória a implementação da Norma Técnica de Atenção

aos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes em todos os serviços de saúde, tanto públicos quanto privados.

Entretanto, cabe ressaltar que, embora o HMFMM seja, desde 1988, referência para o atendimento aos casos de interrupção da gestação prevista em lei, este só começou efetivamente a funcionar como núcleo de atendimento às mulheres em situação de violência em 1999. Conforme aponta Cavalcanti (2007):

As ações de prevenção da violência sexual, como política da SMS/RJ, foram iniciadas em 1999, a partir da implantação do Núcleo de Atendimento à Mulher Vítima de Violência no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (IMMFMM), unidade considerada de referência para a interrupção da gravidez prevista em lei. (Cavalcanti, 2007, p.6).

Talib e Citelli (2005) afirmam que essa demora de doze anos entre a aprovação do projeto de lei nº 1.042 (1987) e a efetivação dos programas de assistência às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei (1999) demonstra o quanto a implantação deste serviço vem ocorrendo de forma lenta e gradativa no município. Na percepção dessas autoras:

O enfrentamento inicial da questão do aborto, mesmo nos casos em que a lei não prevê punição, revela o quanto a implantação de políticas públicas de atendimento à saúde mostra-se contaminada em todas as suas dimensões pela legislação restritiva, injusta e punitiva vigente no Brasil. (Talib & Citeli, 2005, p.19).

Para Leocádio (2006), isso ocorre porque a discussão sobre a necessidade de ampliação do acesso a esses serviços no Brasil ainda esbarra na discussão da interrupção da gravidez sob a ótica dos valores, da moral e da religião, deixando de ser discutida a partir de uma ótica humanística, mesmo quando se trata de uma gravidez decorrente do estupro.

Outro fator a ser considerado é que, muito embora o Ministério da Saúde tenha reiterado sua preocupação com a qualificação e humanização da atenção à mulher em situação de abortamento, fazendo disto uma diretriz dentro da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (MS, 2004), durante todos esses anos, a temática do aborto no contexto da atenção integral à saúde da mulher só ganhou relevância sob o ponto de vista legal, não se refletindo diretamente em serviços (Leocádio, 2005).

Todos os avanços no sentido de ampliar a oferta e o acesso desse tipo de serviço no Brasil ainda esbarram em questões legais, políticas, econômicas, éticas e religiosas que ainda são muito fortes em nossa cultura, deixando evidente a necessidade de tratar o aborto não somente como uma questão de saúde pública, mas também de justiça social.

Como é reforçado por Galli:

Sempre que se aborda o tema do aborto, entram em jogo valores morais religiosos e éticos, heterogêneos e muitas vezes em conflito. Sobretudo no âmbito da sexualidade, tais valores são sociais, culturais e historicamente construídos e têm impacto direto nas vidas e na saúde das mulheres. (Galli, 2005, p.1).

Cabe destacar que a dificuldade no atendimento às mulheres em caso de interrupção da gestação (seja ele permitido ou não pela lei) se constitui em uma questão séria, que representa risco de morte para essas mulheres, pois contribui para que muitas delas façam a opção por interromper a gestação de forma clandestina como consequência da falta de acesso ao serviço de aborto seguro (Farias, 2009).

Conforme ressalta Leocádio (2006):

Não se pode desconsiderar que ao tratar o aborto como crime, a sociedade nega às inúmeras mulheres brasileiras a possibilidade de terem acesso ao aborto legal. O direito de interromper a gravidez pós-estupro, o direito de interromper a gravidez para preservar a sua vida, e mesmo o direito de, em circunstâncias especiais, abortar para não levar adiante uma gestação de um feto incapaz de viver fora do seu corpo. (Leocádio, 2006, p. 2).

Segundo Lima et al (2007), a gravidez decorrente de estupro é percebida por muitas mulheres como uma segunda violência e é considerada intolerável para a maioria destas, motivando inúmeras reações na sociedade. Outro ponto destacado pelos autores é o fato de que as mulheres que passam por esta situação vivenciam uma tensão na hora de decidir sobre qual destino dar a essa gravidez. Isto porque a vivência do processo de gravidez pós-estupro desencadeia em muitas mulheres sentimentos, como culpa, medo, angústia e indecisão, marcando profundamente esse processo como sendo um momento de difícil escolha, ainda que as vítimas estejam amparadas pela legislação.

Galli (2005) ressalta que a assistência de qualidade nestes casos deve estar baseada nos direitos humanos da mulher e em princípios éticos que garantam a confidencialidade e a autonomia dela. Com isso, possibilita-se que, por meio do processo de acolhimento e de informações precisas, a mulher possa se sentir segura para relatar o seu caso e tomar decisão informada sobre a possibilidade de realização ou não da interrupção da gestação prevista em lei.

### 2.3.

#### **O serviço social e o posicionamento das suas entidades representativas sobre o atendimento e o direito das mulheres a interrupção da gestação prevista em lei**

No município do Rio de Janeiro, apesar das inúmeras iniciativas de capacitação, qualificação e sensibilização voltadas para os profissionais de saúde com relação ao trato da violência sexual contra as mulheres, promovida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em parceria com universidades e com instituições não governamentais, é possível perceber o número limitado de profissionais envolvidos e de unidades que disponibilizam os serviços de interrupção legal da gravidez (Farias, 2009).

Para Soares (2003), a despeito dos elementos favoráveis, os diversos contextos políticos, influenciados pela moral vigente, acabam por criar obstáculos à implantação da assistência à interrupção da gestação prevista em lei e aos agravos resultantes da violência sexual. Esses entraves se refletem no atendimento em nível nacional.

Segundo dados do Ministério da Saúde, divulgados em matéria publicada no Portal G1.com em 13.04.12, existe oficialmente no Brasil aproximadamente 65 serviços de interrupção da gestação prevista em lei, distribuídos conforme mostra o quadro abaixo:

## Quadro 2- Relação dos serviços de referência para o atendimento ao aborto previsto em lei no Brasil

Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
Acre-02 Amapá-01 <b>Amazonas-03</b> Pará-02 Rondônia-02 Tocantins - 01 Roraima - 0	Alagoas-01 Bahia-01 <b>Ceará-09</b> Maranhão-04 Paraíba-01 Pernambuco-05 Piauí-02 Rio G. Norte - 01 Sergipe - 01	Distrito Federal - 01 Goiás-01 <b>Mato Grosso - 03</b> Mato G. do Sul - 01	Espírito Santo - 01 Minas Gerais - 05 Rio de Janeiro - 01 <b>São Paulo - 11</b>	<b>Rio G. Sul - 04</b> S. Catarina - 01 Paraná- 0
<b>Total: 11</b>	<b>Total: 25</b>	<b>Total: 06</b>	<b>Total: 18</b>	<b>Total: 05</b>

Fonte: Matéria Site G1.com (13/04/12).

Matéria publicada no Jornal O Estado de São Paulo no dia 19/03/12, baseada em dados do Ministério da Saúde, aponta que faltam centros de aborto legal onde há mais violência contra a mulher como os estados de Roraima e Paraná.

A matéria destaca que estados, como Roraima - que registrou mais de 52,6 casos de estupro por 100 mil habitantes, a maior taxa do País em 2010 -, não dispõem de nenhum serviço de referência para interrupção da gravidez prevista em lei. Já em São Paulo, onde foram feitos 9.890 registros de estupro no mesmo ano, estão em funcionamento 11 serviços de referência. Este descompasso entre números de violência, população e serviços em funcionamento também fica evidente quando se analisa o caso do Rio de Janeiro, onde foram registrados em 2010 4.467 casos de estupro e onde a taxa de vítimas da violência é de 27,9 por 100 mil habitantes. Mas, apesar disto, este Estado ainda conta com apenas um serviço de referência em funcionamento.

Tais fatores evidenciam que a quantidade e a distribuição destes serviços no território nacional estão bem aquém do que seria minimamente adequado e a distribuição desses serviços não obedece a nenhum critério de implantação específico. Os serviços são abertos de acordo com a disponibilidade das administrações locais, o que ilustra o tamanho das dificuldades que mulheres

autorizadas a realizarem a interrupção da gestação prevista em lei ainda enfrentam no Brasil.

A maioria dos serviços está localizada nas capitais dos estados e, em alguns lugares, este serviço nem existe de fato na prática, o que dificulta e, em muitas situações, impede o acesso de muitas mulheres. Os poucos estudos existentes sobre esses serviços (Talib e Citeli, 2005; Leocádio, 2006; Farias, 2009 e Melo, 2011) vêm mostrando a dificuldade de garantia desse serviço em todos os dias da semana e com profissionais preparados - tanto no que diz respeito aos aspectos éticos quanto às condições de trabalho e estrutura - para a garantia desse serviço com qualidade e respeito à usuária.

O que se observa é, conforme apontam diferentes estudos, a necessidade de fiscalização efetiva destes serviços, vista enquanto uma ferramenta utilizada para dirimir ou pelo menos minimizar estes problemas. Como bem coloca Débora Diniz, durante entrevista que consta na matéria acima citada: "Os serviços se autodenominam capacitados. Muitas vezes a prestação do atendimento até era feita no passado, mas foi interrompida sem que a baixa no sistema do MS tenha sido dada".

Questiona-se se a criação de uma rede de atendimento, visando à oferta de serviços para uma determinada região, ou seja, um caminho para a solução do problema da falta de cobertura deste serviço para a população feminina no Brasil.

Soares (2003) aponta ainda que uma das principais dificuldades encontradas para a implantação destes serviços tem sido a de identificar profissionais de saúde disponíveis para atuar. Isto se dá devido a vários fatores. O primeiro fator diz respeito ao desconhecimento dos profissionais de saúde, dentre estes também, os assistentes sociais, inseridos neste atendimento, em relação à legislação vigente sobre o aborto legal; o segundo está relacionado ao temor em relação às complicações judiciais sentido pelos profissionais, devido ao receio de serem punidos legalmente e culpabilizados pela realização do aborto, mesmo ao realizar procedimentos permitidos por lei; o terceiro é oriundo da forte influência dos valores ético-religiosos destes profissionais que, na maioria das vezes, não conseguem desvencilhar a prática profissional de suas concepções e valores pessoais; e, por último, o repúdio ao estigma atribuído pela sociedade à pessoa que realiza tal prática.

Ainda, neste contexto, Soares (2003) ressalta outro motivo a ser considerado como sendo a causa da deficiência na assistência às mulheres vítimas de violência sexual, que é o fato de alguns profissionais não enxergarem essa assistência como sendo uma ação de saúde. Segundo a referida autora, isso ocorre devido ao despreparo dos profissionais de saúde para lidar com as questões relacionadas ao abortamento, à violência sexual e doméstica e às relações de gênero contidas nas questões relacionadas à efetivação da política de saúde das mulheres, uma vez que os mesmos não recebem em sua formação profissional nenhum preparo e nem ocorre a abordagem para lidar com esses temas que atualmente ganharam relevância no campo da saúde pública.

O despreparo dos profissionais de saúde em lidar com a interrupção da gravidez pode afetar os serviços de referência para a interrupção da gestação prevista em lei de duas maneiras: a primeira, porque ao alegar objeção de consciência para não realizar tal prática, tais profissionais acabam contribuindo com a sobrecarga nos plantões dos poucos profissionais da equipe de saúde que se propõem a realizar o atendimento. A segunda, porque acabam violando o direito das usuárias que chegam à unidade de saúde com esta demanda, pois muitas acabam não tendo acesso à interrupção da gestação e nem tendo sua vontade respeitada, sendo obrigadas a levar a gestação a termo ou a recorrer a formas clandestinas para realização do abortamento.

Ressalta-se ainda a importância de sensibilizar gestores e profissionais de saúde para a necessidade de se implantar outros serviços de referência para este tipo de atendimento, a fim de facilitar o acesso das usuárias que precisam deste serviço, evitando os longos deslocamentos que ocorrem entre um município e outro, bem como diminuir o número de demandas pelo serviço de interrupção da gestação prevista em lei, na única unidade de referência existente no estado do RJ.

Em particular, no caso dos assistentes sociais, vale ressaltar que o serviço social é uma profissão que atua sobre as diferentes expressões da questão social<sup>6</sup>, entre elas, a violência de gênero e o abortamento, que se apresentam metamorfoseadas em falsos problemas que ora são identificadas como de responsabilidade dos indivíduos, ora da sociedade. Esses problemas raramente são

---

<sup>6</sup> “Conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado.” (IAMAMOTO, 2001, p.16).

identificados como crias próprias da desigualdade gerada pelo modo de acumulação capitalista (Matos, 2013)

Na mesma linha de pensamento, Lisboa e Pinheiro (2007) ressaltam que foram as mudanças ocorridas em 1990, tanto no mundo do trabalho quanto nas conquistas dos movimentos sociais, que fizeram com que a “questão social” deixasse de ser percebida apenas como relações de classe voltadas para a perspectiva do trabalho e começasse a incluir as relações de gênero, raça, etnia, entre outros. Desse modo, a violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres passou a se constituir enquanto uma das expressões da questão social e, portanto, matéria de intervenção do serviço social.

Apesar do Código de Ética Profissional dos assistentes sociais (CFESS, 1993) ser composto por um conjunto de princípios que prima por perceber o usuário como um sujeito de direitos, no decorrer de seu cotidiano profissional dentro dos serviços de saúde, na atualidade tais princípios não se efetivam devido às precárias condições de trabalho vivenciadas pelos profissionais de saúde. Tal fato contribui para que haja um reduzido número de assistentes sociais mobilizados em prol da ampliação e da necessidade de se dar visibilidade aos serviços de interrupção da gestação prevista em lei, tanto dentro como fora dos serviços de saúde.

A tomada de consciência por parte da categoria de assistentes sociais, com relação à importância do seu papel na viabilização deste direito garantido por lei, deve se pautar nos princípios fundamentais presentes em seu Código de Ética, tais como: a liberdade como valor ético central, o respeito à autonomia do indivíduo, a defesa intransigente dos direitos humanos, a ampliação e consolidação da cidadania, o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito e, principalmente, ao compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população. Isso faz deste profissional um ator privilegiado na garantia da consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei nos serviços de saúde no Brasil.

Adesse e Almeida (2006) reiteram que a atenção à interrupção da gestação prevista em lei no Brasil deve estar pautada nos seguintes princípios éticos basilares que orientam todos os profissionais de saúde, inclusive os assistentes sociais: a concepção de autonomia do paciente, a beneficência, a probidade e a justiça. Nesse sentido, o profissional de saúde ao se negar a prestar esse

atendimento com base no direito à objeção de consciência acaba por violar um direito da mulher.

Ressalta-se ainda que, de acordo com os parâmetros estabelecidos pela Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (MS, 2011), essas mulheres necessitam ser atendidas nas unidades de saúde com respeito e acolhimento e devem ser bem informadas sobre seus direitos, para que então possam fazer escolhas conscientes em relação à decisão que irão tomar no que diz respeito à gestação. Dispõe ainda que a abordagem deve se dar de uma forma sensível e evitando fazer julgamentos morais, perspectivas estas que estão em total consonância ao projeto ético-político da profissão de assistente social.

No ano de 2008, as entidades representativas da categoria profissional do serviço social (o conjunto CFESS-CRESS) começaram a desenvolver ações na luta pela legalização do aborto, e conseqüentemente pela viabilização do direito ao aborto previsto em lei, a partir do seu 37º Encontro Nacional CFESS-CRESS, realizado em Brasília (DF).

Segundo Braga, Mesquita e Mattos (2013), este encontro foi emblemático, porque, pela primeira vez, a categoria discutiu sobre a possibilidade de um posicionamento acerca da criminalização do aborto, bem como também reiterou a importância da categoria em contribuir, em seu exercício profissional, para dar visibilidade à Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento que foi produzida pelo MS em 2005, reconhecendo, assim, o valor deste documento na garantia de um atendimento humanizado e não discriminatório a todas as mulheres que passam pelo processo de abortamento.

Em setembro de 2009, no 38º Encontro Nacional realizado em Campo Grande (MS), o conjunto CFESS-CRESS deliberou por apoiar a descriminalização do aborto. E, neste mesmo ano, o Conselho Federal elaborou um documento intitulado CFESS MANIFESTA em apoio ao Dia Latino-Americano e Caribenho pela Descriminalização do Aborto e, ainda, promoveu um debate contemplando posições divergentes com o objetivo de subsidiar a posição da diretoria do CFESS sobre a temática.

No entanto, o grande avanço no posicionamento da categoria profissional de serviço social na luta pela descriminalização do aborto só veio a ocorrer no 39º Encontro Nacional realizado em Florianópolis (SC), ocorrido em 2010. Neste

encontro, a categoria obteve uma grande conquista na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, pois assistentes sociais de todas as regiões do Brasil deliberaram coletivamente pelo apoio ao movimento feminista em defesa da descriminalização e legalização do aborto. A decisão, por ampla maioria, foi emblemática para os/as assistentes sociais, tendo em vista, o fato desta temática sempre ter ficado à margem das discussões e debates realizados dentro da categoria.

Não obstante a isto, neste mesmo ano, o Conjunto foi além e pautou o tema nos encontros descentralizados que reúnem os conselhos regionais (Nordeste/Norte/Sudeste/Sul e Centro-Oeste). Por sua vez, os Conselhos Regionais, dentre estes o do Estado do Rio de Janeiro, também promoveram discussões e pautaram o tema em reuniões e em suas assembleias.

De acordo com Braga et al (2013), estes debates primaram pelo respeito e escuta das diferentes opiniões sobre o tema, longe da falsa polarização entre ser contra ou a favor do aborto. Tendo o entendimento de que ninguém é favorável, simplesmente, ao aborto. Mas, sim, entende-se que esse é um último recurso, e não um método contraceptivo. Em síntese, o que está em questão é a defesa pelo direito da livre escolha da mulher pela maternidade ou pela não maternidade.

O entendimento predominante neste encontro foi de que a legalização do aborto não deve ser pautada por questões religiosas, já que as consequências da gravidez indesejada, do não acesso aos métodos contraceptivos seguros e do aborto inseguro recaem sobre o corpo e a vida das mulheres, e que a criminalização e a permanência do aborto inseguro não diminuem o número de abortos e morte de mulheres no Brasil e no mundo. Tal fato é corroborado por Braga et al (2013) quando estes afirmam que

As pesquisas hoje disponíveis demonstram que o aborto clandestino é uma realidade independentemente da legislação restritiva e punitiva; que são as mulheres pobres que mais sofrem os efeitos perversos da criminalização do aborto, com grandes agravos à sua saúde; que há no Sistema Único de Saúde (SUS) um custo despendido no atendimento pós-abortamento; que a população brasileira apresenta uma sensibilidade para a revisão da atual legislação punitiva; e que as mulheres que realizam aborto nada têm de diferente daquelas que não o realizam, ou seja, são mulheres comuns, do nosso cotidiano e, muitas vezes, nossas amigas, irmãs, vizinhas e mães (Braga et al, 2013, p. 31)

Como bem explicita as palavras da coordenadora da Comissão de Ética e Direitos Humanos do CFESS, Silvana Mara de Moraes dos Santos, ao defender o posicionamento do Conjunto na plenária final do Encontro: “A categoria e a sociedade não podem mais ignorar que, anualmente, mais de um milhão de mulheres brasileiras sofrem as consequências do aborto inseguro, sendo este também uma das principais causas da morte de mulheres no Brasil”.

De acordo com Mendes (2007), a morte materna em decorrência do aborto provocado é considerada como algo evitável e se caracteriza por ser o desfecho de uma série de violações presentes desde a infância, evidenciando que a violação dos direitos humanos das mulheres é algo histórico e enraizado socialmente. A autora ainda ressalta que a desvalorização e a negligência relativa às mulheres, assim como os abusos sofridos e a falta de cuidados sociais e de saúde, principalmente no que diz respeito à sua vida sexual e reprodutiva, têm nos altos índices de mortalidade materna a sua mais dolorosa consequência.

Sendo assim, a categoria profissional busca fundamentar seus argumentos em defesa da descriminação do aborto e a favor da viabilização da interrupção da gestação prevista em lei com base na ética emancipatória, no reconhecimento e na busca pela efetivação dos direitos humanos das mulheres e por sua liberdade de escolha.

O conjunto CFESS-CRESS, com vistas a manter a coerência e a legitimidade de seu discurso, abraça a agenda de luta do movimento feminista, da qual destacamos os seguintes pontos:

- Alterar a legislação punitiva do aborto (Código Penal de 1940) para que o mesmo deixe de ser considerado crime;
- Respeitar a autodeterminação reprodutiva das mulheres: **não à maternidade compulsória. Sim à maternidade livre, voluntária e desejada;** (grifos nossos);
- **Assegurar que todo hospital da Rede Pública coloque em prática a regulamentação do Ministério da Saúde que dá direito à mulher a fazer o aborto nos casos previstos em lei,** pois a maternidade é um direito, e não pode ser resultante de um ato de violência; (grifos nossos);
- Defesa que o Estado garanta a Política de Saúde Integral e Universal para as mulheres, possibilitando o pleno exercício de seus direitos

sexuais e direitos reprodutivos, em especial, a efetivação do direito das mulheres de decidir se querem ou não engravidar, e, no caso de uma gravidez indesejada, poder interrompê-la no Serviço Público;

- Implantar em toda a Rede Pública o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM);

- **Ampliar a sensibilização de profissionais de saúde para garantia do aborto previsto em lei.** (grifos nossos)

- Implantar e ampliar a divulgação da Norma Técnica “Atenção Humanizada ao Abortamento” produzida pelo Ministério da Saúde em 2005, que se trata de um guia para apoiar gestores/profissionais de saúde e introduzir novas abordagens no acolhimento e na atenção para com as mulheres em processo de abortamento (espontâneo ou induzido), buscando, assim, assegurar a saúde e a vida.

A incorporação da agenda de luta do movimento feminista, pelo serviço social, resulta nas seguintes deliberações presentes no eixo “Ética e Direitos Humanos”, do Relatório Final, do 39º Encontro Nacional CFESS-CRESS:

- Manifestar posição favorável à descriminalização do aborto e difundir a Norma Técnica do Ministério da Saúde sobre o aborto legal e seguro, como um direito reprodutivo constitutivo dos direitos humanos, que se exerce no contexto da laicidade do Estado, garantindo justiça social e igualdade de gênero (Deliberação nº 12);

- Divulgar amplamente posicionamento favorável à legalização do aborto, (aprovado no 39º Encontro Nacional CFESS – CRESS, realizado em Florianópolis), considerado como questão de saúde pública e como direito das mulheres, propondo políticas públicas que considerem os vários aspectos que envolvem estas questões, garantindo debates e eventos estaduais articulados às políticas públicas já existentes, bem como contemplando as implicações éticas e normativas profissionais do Serviço social, contextualizados pelos recortes de classe e gênero e pelo caráter laico do Estado (Deliberação nº 13);

- Realizar estudos sobre PLs que tramitam no Congresso Nacional, manifestando posição favorável aos que descriminalizam o aborto e contrária aos demais, mobilizando o conjunto CFESS-CRESS com os

movimentos feministas para: a) Realizar audiências públicas e debates com os diversos setores acerca da temática, denunciando a questão da mortalidade feminina em virtude da ausência de política de saúde voltada para o atendimento à mulher que realiza o aborto inseguro; **b) Fazer gestão junto aos gestores públicos para garantia da implantação e implementação do atendimento em hospitais regionais do aborto previsto em lei; (grifos nossos);** c) compor/ fortalecer comitês em defesa da descriminalização e legalização do aborto, colaborando na interlocução do debate público entre os movimentos sociais e feministas a respeito da temática com os setores governamentais responsáveis pela execução de políticas públicas voltadas para as mulheres, enfatizando a questão da saúde das mulheres negras e indígenas e o alto índice de mortalidade destas por falta de atendimento e também de atendimento de qualidade no SUS (Deliberação nº 14).

Neste sentido, pode-se afirmar que é dominante, dentro da categoria profissional de assistentes sociais, a ideia que a maternidade deve ser uma decisão livre e desejada e não uma obrigação das mulheres. Tal posicionamento tem como base a concepção de maternidade compreendida como uma função social e, portanto, cabendo ao Estado executar o papel de provê-la, dando condições para que as mulheres decidam soberanamente se querem ou não ser mães, e quando querem conforme prevê as diretrizes tanto do PAISM quanto do PNAISM (Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher).

Assim sendo, cabe ao Estado assegurar para aquelas que desejarem serem mães, condições econômicas, sociais e emocionais, através de políticas públicas universais que garantam assistência à gestação, parto e puerpério, assim como os cuidados necessários ao desenvolvimento pleno de uma criança: creche, escola, lazer, cultura, saúde. Já para aquelas que não desejarem a maternidade, cabe a este mesmo Estado garantir o planejamento reprodutivo e as que necessitam interromper uma gravidez indesejada, seja esta resultante ou não de um estupro, devendo ser assegurado também o atendimento ao aborto legal e seguro no sistema público de saúde.

Orientados por este viés emancipatório, em 2011, o Conjunto CFESS-CRESS passou a integrar a Frente Nacional contra a Criminalização do Aborto. E desde 2012, o CFESS também compõe o Grupo de Estudos sobre Aborto (GEA),

composto por várias entidades da área da saúde e dos direitos Humanos (Braga et al, 2013).

Em 2013, o CRESS do Rio de Janeiro teve uma iniciativa pioneira ao ofertar em um de seus minicursos, promovidos na Semana em Comemoração ao Dia do Assistente Social, um curso que se propôs a discutir a temática dos “Direitos Sexuais e Reprodutivos, Aborto e Serviço social”, cuja ementa abordou os seguintes pontos: Origem da discussão e luta pela descriminalização do aborto (trajetória histórica, legislação e o papel do movimento feminista); Discussão sobre a maternidade compulsória; Importância da abordagem da temática apesar da condição de ilegalidade do aborto; Entendimento da descriminalização do aborto enquanto defesa do direito sexual e reprodutivo das mulheres (respeito à sua autodeterminação sexual e reprodutiva); O porquê que a criminalização não guarda direito; Não responsabilização do homem nesse processo; Posicionamento do CFESS/CRESS no que diz respeito ao aborto e à sua descriminalização; O papel do assistente social na garantia de uma atenção humanizada às mulheres que passam pelo processo de abortamento e na viabilização do direito ao aborto legal.

Esta iniciativa é fruto do reconhecimento de que o atendimento às mulheres com demanda pelo aborto e as consequências deste fazem parte do cotidiano profissional dos assistentes sociais inseridos nos serviços de saúde, em especial, nas emergências das unidades hospitalares em nosso país. Os profissionais de serviço social têm ciência de que a mulher que procura esses serviços em processo de abortamento, seja provocado ou não, em geral é vítima de preconceitos e muitas vezes são atendidas de forma discriminatória (Braga et al 2013).

### 3 Perfil dos sujeitos entrevistados

#### 3.1. Percurso metodológico: seleção dos sujeitos, acesso ao campo, realização da pesquisa e análise dos dados

A metodologia, de acordo com Minayo (1996), é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, ou seja, é a fase do projeto que ocupa um lugar central na articulação teórico-prática.

Mediante a isto, este estudo pretende adotar a abordagem qualitativa, já que esta pesquisa privilegia o contato direto com os sujeitos sociais em sua realidade concreta. Entende-se que esta abordagem é a que melhor permite ao pesquisador operar com o universo dos significados, valores, motivos, aspirações, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, ou seja, um processo que não pode ser quantificado (Minayo *et al*, 2001).

Ainda de acordo com Minayo (1994), a abordagem qualitativa também se preocupa em abarcar e esclarecer com maior aprofundamento e compreensão a dinâmica das relações sociais, seja esta de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação.

Deslandes e Assis (2002) apontam ainda que o estudo qualitativo também tem a pretensão de trabalhar com o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais, ou seja, permite que se decifre tanto as interpretações e práticas quanto as interpretações das práticas.

Por sua vez, Deslandes e Gomes (2004) ressaltam que esse conhecimento gerado pela abordagem qualitativa a partir das sucessivas aproximações com a realidade é o que faz com que o pesquisador assuma uma postura interpretativa.

O universo da pesquisa foi composto por 14 assistentes sociais do sexo feminino que trabalham em três serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual, no município do Rio de Janeiro, e que se deparam constantemente, em seu exercício profissional, com a demanda pela interrupção

da gestação prevista em lei, seja nos casos de uma gravidez em decorrência de estupro ou nos casos de anencefalia ou risco de vida para a mulher, conforme aponta a tabela a seguir:

**Tabela 2- Quantidade de entrevistados por unidade**

UNIDADE/ENTREVISTADO	Nº de Assistentes Sociais por unidade	Nº de Entrevistados(as)
Hospital da Mulher Bangu	05	02 (já que 3 estavam de licença maternidade)
Hospital Fernando Magalhães	05	03 assistentes sociais (2 se recusaram a participar)
Hospital Carmela Dutra	04	Todas participaram
<b>Total: 03 unidades</b>	<b>14</b>	<b>09 assistentes sociais</b>

A tabela acima teve como fonte o mapeamento de campo feito pela pesquisadora.

Sendo assim, a amostra, que no início do projeto havia sido delimitada por 10 (dez) sujeitos entrevistados, acabou ficando reduzida para 9 (nove) sujeitos entrevistados, tal fato se justifica, pois no momento da realização da pesquisa de campo das 5 assistentes sociais que atuam no Hospital Maternidade Fernando Magalhães apenas 3 aceitaram participar do estudo (os motivos alegados pela recusa foram distintos, desde não motivação e interesse em participar até falta de tempo para participar devido a inúmeras atribuições profissionais). Já no Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, das 5 assistentes sociais lotadas na instituição, 3 estavam de licença maternidade no momento da realização do campo. Somente no Hospital Maternidade Carmela Dutra é que se conseguiu entrevistar todas as assistentes sociais (04) lotadas na unidade.

Este estudo teve como critério de inclusão abarcar de todos os profissionais do serviço social que desejarem participar da pesquisa. E como critério de exclusão eliminar os profissionais que não desejarem participar da pesquisa.

Cabe ressaltar que a instância municipal foi escolhida, porque no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) vem se constituindo enquanto responsável pelo maior número de serviços voltados para a atenção às mulheres em situação de

violência sexual, assumindo, assim, um papel de protagonismo na articulação da rede de serviço local.

A escolha pela realização da pesquisa nas maternidades Fernando Magalhães e Carmela Dutra se justifica, porque ambas são referência na área de saúde materno infantil e por possuírem uma longa trajetória no atendimento às mulheres em situação de violência sexual no município do Rio de Janeiro.

Em especial no caso Fernando Magalhães, a escolha por esta unidade se justifica pelo fato de esta ser a única que efetivamente realiza a interrupção da gestação prevista em lei, se constituindo enquanto um serviço de referência tanto no município quanto no estado do Rio de Janeiro desde o início dos anos 1990.

Já a escolha pelo Hospital da Mulher Mariska Ribeiro se deu pelo fato de a referida unidade, que possui pouco mais de um ano de funcionamento, ser voltada exclusivamente à saúde feminina, possuindo tecnologia de ponta e se constituindo enquanto um dos mais modernos serviços especializados para o atendimento à saúde da mulher no período gravídico puerperal da cidade, tanto da rede pública quanto da privada. Além de esta ser referência para o atendimento a mulheres em situação de violência sexual na Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro.

Em atendimento aos critérios éticos pertinentes, a entrada no campo se deu da seguinte forma: Primeiramente, a pesquisadora teve encontros, em momentos distintos, com os coordenadores dos seguintes setores da prefeitura do Rio de Janeiro: Coordenadoria Geral de Gestão Pessoal do Município, Coordenação Geral de Gestão Municipal de Assistência Social e a Gerência de Contratualizados de Organizações Sociais da prefeitura do Rio de Janeiro, visando apresentar o projeto de pesquisa, solicitar a relação das lotações das assistentes sociais que atuam nas unidades de saúde do município nos três tipos de contratação (federais, estatutárias municipais e contratadas por Organizações Sociais de Saúde- OSS<sup>7</sup>). Neste primeiro contato, não conseguimos avançar, porque as coordenações solicitaram que o pedido fosse feito por ofício, bem como se comprometeram a entregar tais dados somente após aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em

---

<sup>7</sup>As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são entidades da sociedade civil com ou sem finalidade econômica, que são qualificadas como **Organizações Sociais**, conforme autorização e disciplinamento disposto na Lei Municipal nº 5.026/09 e o Decreto nº 30.780, que dispõem sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências, dentre estas, admitirem que as OSS atuem exclusivamente em unidades de saúde criadas a partir da data de aprovação da lei. As OSS representam um modelo de parceria adotado pelos governos estaduais e municipais para a gestão de unidades de saúde.

Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC).

Em um segundo momento, foi feito contato telefônico com os diretores das unidades que seriam o lócus da pesquisa e, em seguida, enviou-se a estes diretores um documento intitulado “Termo de Autorização da Unidade” (anexo 1), explicando o objetivo da pesquisa e solicitando autorização para realização desta. Em um terceiro momento, de posse das referidas autorizações, o estudo foi submetido à apreciação da Câmara de Ética (anexo 2) do Conselho de Ensino e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RIO) e, logo após obtenção de parecer favorável deste Comitê, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC), através da Plataforma Brasil (anexo 3), atendendo ao previsto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Cabe ressaltar que houve uma demora de cerca de 5 meses entre a avaliação dos CEP's e a obtenção de autorização para entrada no campo, fato este que interferiu em muito no cronograma de realização do estudo e, como já descrito acima, impactou na redução do número dos sujeitos da pesquisa.

Logo após a obtenção do parecer do CEP autorizando a realização da pesquisa, foram retomados os contatos e enviados os ofícios às Coordenações: Geral de Gestão Municipal de Assistência Social (anexo 4), Geral de Gestão Pessoal do Município do Rio de Janeiro e a Gerência de Contratualizados de Organizações Sociais da prefeitura do Rio de Janeiro (anexo 5), explicando o teor da pesquisa e solicitando a listagem dos/as assistentes sociais lotados/as nas unidades de saúde (em especial nas maternidades, hospitais gerais e hospital da mulher) do município do Rio de Janeiro.

Tal fato se justifica, porque no fluxo de atendimento às vítimas de violência sexual da SMSDC, estas unidades são referenciadas como porta de entrada para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual e, conseqüentemente, onde seria possível encontrar a demanda pela interrupção da gestação prevista em lei. O intuito é dimensionar o quantitativo de assistentes sociais inseridos na atenção a essas mulheres no âmbito do município do Rio de Janeiro.

Uma vez já dentro do campo, outros percalços foram enfrentados, tais como a recusa de alguns profissionais em participar e o fato da pesquisadora ter por

inúmeras vezes de marcar e desmarcar as entrevistas devido à indisponibilidade do profissional no dia agendado, sem contar as vezes em que a pesquisadora chegou a se deslocar até a unidade no dia marcado e não conseguiu realizar a entrevista. Cabe ressaltar que as entrevistas foram realizadas no período de 10/02 a 20/03/2014, foram gravadas em MP3 e tiveram duração total de 206 minutos.

Entretanto, nem tudo foi só espinho! A ida ao campo também trouxe algumas licitudes, e uma delas foi observar que, durante minha estadia nas unidades, os profissionais começaram a se movimentar e buscar saber mais sobre a temática da viabilização do acesso à interrupção da gestação prevista em lei, levantando questionamentos e reflexões sobre a necessidade de ampliação e melhoria da oferta deste serviço à população. O que foi possível subsidiar devido ao meu pertencimento à equipe da ATAV/SES/RJ (Área Técnica de Atenção as Violências da Secretária Estadual de Saúde do Rio de Janeiro).

Adotou-se o seguinte instrumento na coleta: a entrevista do tipo semiestruturada baseada em roteiro (apêndice 1), garantindo o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos entrevistados e preservando o seu anonimato. Para tanto, foi fornecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndice 2), para que os sujeitos da pesquisa obtivessem total conhecimento acerca dos objetivos do estudo.

A confidencialidade das informações foi assegurada por meio da codificação das entrevistas para preservar a identidade dos sujeitos pesquisados. Para tanto, na apresentação dos resultados da pesquisa utilizou-se, para identificar as falas dos participantes, o seguinte código alfabético: AS1a, AS2b, AS3c e, assim, sucessivamente. Após o código (AS), segue um número correspondente à unidade e a uma sequência alfabética que corresponde ao quantitativo de entrevistas realizadas em cada unidade.

Indo em conformidade com o que salienta Minayo (2003), quando afirma que na entrada no campo, devemos buscar uma aproximação com as pessoas da área selecionada para o estudo. Para isto, é fundamental consolidarmos uma relação de respeito pelas pessoas que serão sujeitos da investigação, bem como esclarecê-las sobre aquilo que pretendemos investigar, os riscos e as possíveis repercussões favoráveis advindas do processo investigativo.

O roteiro de entrevista foi estruturado em 6 eixos: Dados de identificação, Formação profissional, Inserção profissional, qualificação para o atendimento às

mulheres em situação de violência sexual, Atuação profissional diante das situações de aborto legal e Acesso ao aborto legal

Para analisar o material empírico coletado, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática (Minayo, 2010), que consiste em um procedimento que visa examinar a comunicação com o intuito de obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens. A partir disto, construíram-se categorias de análise que permitiram identificar as concepções dos entrevistados sobre o tema proposto.

Buscou-se também descobrir as ideias centrais (núcleos de sentidos) presentes na fala das entrevistadas a partir de uma adaptação da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática que permite identificar a presença de determinados temas, denotando os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso dos entrevistados (Bardin, 1977; Minayo, 1994). Com esta técnica, pode-se caminhar também na direção da descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado (Minayo, 1994).

A análise percorreu os seguintes passos:

- a) Realizou-se a leitura inicial de todo o material coletado nas entrevistas, procurando ter uma visão global do material;
- b) Identificaram-se as ideias centrais que compõem as falas dos sujeitos da pesquisa acerca do conteúdo das entrevistas;
- c) Foram elaborados núcleos de sentido que compõem a comunicação;
- d) E realizou-se a interpretação e a discussão dos núcleos de sentido encontrados (Minayo, 1994).

Com o intuito de destacar, ressaltar ou explicar as notações presentes nas falas das entrevistas, utilizou-se os seguintes recursos: O uso de “negrito” para destacar uma pergunta ou intervenção da pesquisadora na resposta, a fim de precisar uma informação que ficou meio vaga durante a fala das entrevistadas. O uso do “sublinhado” para demarcar uma ênfase posta pela pesquisadora em trechos das respostas das entrevistas. E, por último, o uso de “caixa alta” para destacar trechos da entrevista.

No que se refere aos possíveis riscos que toda pesquisa possui e suas múltiplas dimensões (física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual), conforme previsto na Resolução 466/12, este estudo, apesar de possuir

uma dimensão de risco mínima (desconforto emocional, choros), não desconsiderou a possibilidade de tal risco existir.

Neste sentido, o pesquisador responsável pela realização do referido estudo se comprometeu em interromper a entrevista caso percebesse algum tipo de desconforto emocional por parte de algum entrevistado no decorrer da entrevista e, caso houvesse necessidade também, se propôs a fazer o encaminhamento adequado deste para os serviços de psicologia existentes na rede de saúde (dentro ou fora da unidade de saúde onde ocorreu o estudo).

À SMSDC compete a viabilização do espaço para a realização da pesquisa, permitindo a presença do pesquisador e a realização de entrevistas. Devido ao reduzido risco que a pesquisa pode oferecer para os participantes, não foram realizadas medidas de proteção específicas para os sujeitos entrevistados, além da garantia de preservação do anonimato e do sigilo.

O benefício da pesquisa consiste no aprofundamento acerca dos conhecimentos sobre as concepções e as atuações dos assistentes sociais na atenção às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei nos serviços de saúde do município do Rio de Janeiro, que são referência para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual, contribuindo também para qualificar não só as ações municipais no Rio de Janeiro, como também as demais unidades presentes em todo o país.

### **3.2. Caracterização dos sujeitos entrevistados**

A amostra dos sujeitos entrevistados abarcou 9 profissionais de serviço social que atuam em três maternidades municipais referências para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual, e que, conseqüentemente, incorporaram em sua rotina de trabalho o atendimento às mulheres com demanda pela interrupção legal da gestação prevista em Lei. Cabe ressaltar que esta categoria profissional constitui uma das classes de profissionais preconizados pela

Norma Técnica de Prevenção aos Agravos Resultantes da Violência Contra a Mulher para o atendimento as mulheres com essas demandas (MS, 2011).

Os serviços de saúde no Brasil começam a surgir em 1940, concomitantemente a isto, se dá a inserção do Serviço Social nos serviços de saúde. Desde então, a área de saúde tem se constituído enquanto a área de maior inserção profissional para os assistentes sociais. Matos (2013) ressalta que o exercício profissional dos assistentes sociais surge tendo como base o modelo médico clínico que persiste até os dias atuais.

Neste contexto, o assistente social é identificado como aquele profissional que contribui para o aperfeiçoamento do trabalho do médico, e a relação entre os mesmos foi, e ainda é, pautada em uma perspectiva de complementaridade, onde o papel de gestor sempre cabe ao médico (Matos, 2013).

Segundo este mesmo autor, a atuação dos assistentes sociais, bem como do conjunto dos demais profissionais de saúde, ficava restrita somente ao que o médico lhes delegava, que era o que este julgava não ter capacidade ou então o que não queriam fazer. Apontando, assim, para a existência de uma hegemonia de classe profissional dentro dos serviços de saúde.

Desta feita, ainda de acordo com Matos (2013), o Serviço Social na área da saúde surge nos hospitais com a demanda de construir um elo da instituição com a família e com o usuário, tendo como foco a garantia do tratamento durante e pós-internação, além de desenvolver um trabalho junto à família. Sua intervenção, neste período, era pautada na metodologia do Serviço Social de Casos.

A partir dos anos 1990, após a redemocratização do país, os profissionais de serviço social começam a incorporar em sua atuação na área da saúde os princípios da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, como bem coloca Vasconcelos (2002), tal incorporação vem se dando apenas por meio do discurso, já que sua efetivação ainda não se concretizou na prática de muitos profissionais.

Isso ocorre de acordo com a referida autora, porque apesar dos assistentes sociais verbalizarem um compromisso com os direitos da população usuária, afirmando, assim, um compromisso com o fortalecimento tanto do SUS quanto do seu próprio projeto ético-político, o que se observa é que estes efetivamente não conseguem construir uma prática concreta que viabilize esta perspectiva.

Nesta mesma linha de pensamento, Matos (2013) ressalta que o exercício profissional dos assistentes sociais na área da saúde aponta para uma ação pouco crítica e distante dos citados do que preconiza tanto seu projeto ético político quanto as diretrizes do SUS.

Costa (2007) destaca que a atuação dos assistentes sociais se legitima na saúde a partir das contradições fundamentais da política de saúde, pois é na lacuna gerada pela não implantação efetiva do SUS que o profissional de serviço social vem sendo demandado a intervir. Para esta autora, o assistente social tem um papel fundamental na efetivação da política de saúde, pois ele se constitui no elo invisível do SUS.

Entretanto, o que se observa na atualidade é que este entendimento sobre a importância desta categoria para viabilização e efetivação da política de saúde pública não vem se dando na prática, vide o reduzido número de assistentes sociais inseridos nos serviços de saúde, conforme aponta o Quadro 3.

**Quadro 3 – Distribuição dos assistentes sociais por unidade**

Unidade	Quantitativo de Assistentes Sociais	Assistentes Sociais Entrevistados	Nº Profissionais de Saúde
Hosp. da Mulher de Bangu	05 (3 estavam de licença maternidade)	02 assistentes sociais	644
Hosp. Fernando Magalhães	05	03 assistentes sociais (2 se recusaram a participar)	730
Hosp. Carmela Dutra	04	Todas participaram	667
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>09</b>	<b>2.041</b>

Em um universo de 2.041 profissionais de diferentes áreas, apenas foram identificados 14 profissionais de serviço social e, deste quantitativo, só 9 participaram da entrevista. Os dados evidenciam a desvalorização profissional sofrida pela categoria de assistentes sociais na área da saúde, principalmente no que se refere à sua intervenção na política de saúde da mulher, apesar da própria Norma Técnica de Abortamento (MS, 2011) destacar que a atuação desse segmento de profissionais é primordial para a atenção psicossocial das mulheres com demanda pelo abortamento.

No tocante à escuta, é fundamental considerar a atenção psicossocial às mulheres em abortamento, integrando assistentes sociais (...) no atendimento, com suas respectivas especificidades na atenção à saúde, quando possível. Deve-se considerar que os enfoques do psicólogo e do Serviço Social podem ser diferenciados no trato das questões emocionais, relacionais e sociais. (MS, 2011, p. 18)

Tal fato evidencia um desmonte não só de uma política de seguridade social, como é a política de saúde como também demonstra a precarização dos serviços de saúde e desvalorização da profissão de serviço social dentro desta ótica de mercantilização da política de saúde, que atualmente permeia a gestão do SUS. Tal fato é evidenciado na fala das próprias entrevistadas.

“(...) muitas vezes não tem assistente social, como não tem né? PRECARIEDADE ASSIM, ENXUGAMENTO DA POLÍTICA PÚBLICA E DA POLÍTICA DE SAÚDE ESTÁ COM AS FUNDAÇÕES, A GENTE VÊ ISSO AQUI CLARAMENTE NO MUNICÍPIO, A GENTE DIZ QUE ESTAMOS EM EXTINÇÃO (...) PELO MENOS AQUI NO RIO, PORQUE A PRIVATIZAÇÃO TÁ AÍ. Maria Amélia, que é uma maternidade que abriu, é organizada, dirigida, coordenada por uma fundação, os profissionais são contratados e até agora já assim teve umas 5 ou 6 assistentes sociais lá diferentes em pouco espaço de tempo.”(AS2a)

A reflexão crítica sobre a inserção do Serviço Social no contexto do trabalho coletivo em saúde, de acordo com Matos (2013), traz balizas mais claras sobre as origens dos limites postos ao seu exercício profissional, limites estes tanto estruturais da política e dos serviços de saúde quanto das características próprias da constituição desta profissão em nosso país. O enfrentamento desta realidade e a construção de estratégias, possíveis e coletivas, apenas são possíveis quando conseguimos identificar estes limites impostos à atuação dos assistentes sociais no contexto da política de saúde no Brasil.

Diante do exposto, o perfil das 09 assistentes sociais entrevistadas neste estudo apresentou as seguintes características (Quadro 4):

**Quadro 4 – Perfil dos sujeitos entrevistados**

<b>Perfil dos Entrevistados</b>			
<b>Sexo</b>	Feminino	<b>Tempo de formada</b>	Varia de 12 a 34 anos de formação, assim distribuídos: 10 a 14 anos (03) 15 e 19 anos (04) 20 a 24 anos (01) 30 a 34 anos (01)
<b>Idade</b>	Varia de 35 a 57 anos, assim distribuídos: 35 a 39 anos (03) 40 e 44 anos (03) 45 a 49 anos (02) 55a 59 anos (01)	<b>Pós-Graduação</b>	Não - 03 Sim – 06 (Lato sensu-4; Stricto sensu- 2)
<b>Naturalidade</b>	Rio de Janeiro	<b>Vínculo Contratual</b>	Estatutária- 07 CLT (Contrato por OS)- 02
<b>Situação Conjugal</b>	Casada- 06 Solteira- 02 Divorciada-01	<b>Tempo na unidade</b>	Varia entre 2 semanas até 15 anos. Assim distribuídos: 0 a 5 anos (04) 6 a 10 anos (04) 11 a 15 anos (01)
<b>Orientação Religiosa</b>	Evangélica- 04 Católica- 01 Kardecista- 01 Sem Religião- 03	<b>Tempo no atendimento às mulheres em situação de violência sexual</b>	Varia entre 0 a 10 anos. Distribuídos assim: 0 a 5 anos (03) 6 a 10 anos (04) Nunca atendeu (01) Não respondeu (01)
<b>Local de formação</b>	Pública – 06 Privada – 03	<b>Tempo no atendimento às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei</b>	Varia entre 0 a 10 anos. Assim distribuídos: 0 a 5 anos (02) 6 a 10 anos (01) Nunca atendeu (06)

A distribuição dos sujeitos entrevistados no tocante ao sexo, conforme observado no Quadro 4, evidencia que a concentração de profissionais do sexo feminino atuando como assistente social está diretamente ligada com a história do surgimento da profissão. O Serviço Social no Brasil tem suas origens na primeira metade do século XX, com suas raízes cristãs de assistencialismo. A Igreja Católica controlava todo processo de ajuda ao próximo e benefícios aos menos favorecidos através dos trabalhos filantrópicos, ora organizados pela Igreja e pelo

Estado, ora organizados pela ordem burguesa vigente através das ações beneficentes organizadas pelas “Damas de Caridade”.

Assim, de acordo com Craveiro e Machado (2011), no início da profissão do Serviço Social, a identidade do Assistente Social era atribuída e formada pela ideologia da burguesia, tendo enquanto uma característica fundamental uma profissão composta por mulheres. E, em que pese o fato da profissão do Serviço Social vir se modificando com o decorrer do tempo histórico, a predominância de mulheres na profissão ainda se constitui como uma questão que permeia a discussão sobre a origem da profissão.

O Serviço Social surge enquanto uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho<sup>8</sup>, que veio se modificando com o passar do tempo histórico. Neste sentido, conforme apontam Craveiro e Machado (2011), o Serviço Social afirma-se:

Como profissão ao responder as necessidades sociais, geradas historicamente na produção material da vida, se institucionalizando e se legitimando profissionalmente como um dos recursos mobilizados pelo Estado e pelo empresariado como suporte da Igreja Católica na perspectiva do enfrentamento e regulação da questão social a partir dos anos de 1930 (Craveiro & Machado, 2011, p. 1).

Contudo, a predominância do sexo feminino dentro do âmbito profissional não é uma especificidade somente da profissão de Serviço Social, que possui em seu contexto histórico essa característica, mas esse aspecto se encontra também inserido historicamente em outras profissões (Cavalcanti, 2004; Craveiro & Machado, 2011).

Para Craveiro e Machado (2011), o fato de ser o Serviço Social uma profissão composta predominantemente pelo sexo feminino está diretamente ligado à questão cultural e ao processo histórico da predominância do gênero feminino em alguns âmbitos profissionais. Entre os quais, a profissão do Serviço Social, gerando dessa forma a reprodução de uma cultura repleta de preconceitos em relação a gênero, que segue até a contemporaneidade na própria sociedade e se reflete no âmbito profissional do Serviço Social.

Cabe ressaltar que tal fato evidencia que a existência de uma divisão sexual do trabalho, baseada na atribuição da prática do cuidar ao sexo feminino dentro dos serviços de saúde, é histórica e naturalizada, pois se fundamenta na

---

<sup>8</sup> Ver em IAMAMOTO e CARVALHO, 2008.

construção cultural do papel da mulher como portadora de maiores habilidades no que se refere aos cuidados de saúde. Observa-se, assim, que o campo de trabalho da área da saúde vem se caracterizando como um lugar de concentração de trabalho feminino.

Para Cavalcanti (2004), a forte associação do cuidar ao feminino é algo predominante no imaginário. Contudo, segundo a autora, essa reflexão deve ser ampliada para além das questões de gênero, no sentido de se contemplar as relações hierarquizadas entre as diferentes categorias profissionais que compõem o conjunto dos profissionais que atuam na saúde.

Ainda de acordo com Cavalcanti (2004), constata-se com isso a existência de papéis, por categoria profissional, que se voltam para ‘o tratar’ e para ‘o cuidar’, onde aqueles que pertencem ao segundo conjunto podem ser percebidos como hierarquicamente subordinados aos do primeiro conjunto (formado pelos profissionais médicos). Tal colocação evidencia a subalternização das categorias não médicas à categoria médica ainda muito presente nos serviços de saúde.

Em relação às idades dos sujeitos entrevistados, nota-se que as idades variam entre 35 a 57 anos e que as faixas etárias predominantes entre a maioria dos profissionais foram de 35 a 39 anos (3 profissionais) e de 40 a 44 anos (3 profissionais), seguida da faixa que vai de 45 a 42 anos (2 profissionais). Apenas 1 profissional foi identificado na faixa etária de 55 a 59 anos.

Quanto à naturalidade, observa-se que todas as assistentes sociais entrevistadas são oriundas do Rio de Janeiro. Este predomínio se explica pela proximidade entre local de nascimento e a oferta de concursos públicos municipais na área da saúde.

Quanto à situação conjugal, optou-se por adotar a classificação unido(a) e não unido(a) por retratá-la mais fielmente. A classificação unido(a) refere-se às situações conjugais: casamento e união estável [casado(a), solteiro(a) com companheira(o), divorciado(a) com companheira(o)]. A classificação não unido(a) refere-se à seguinte situação conjugal: solteiro(a). A maioria das assistentes sociais (6) se autodeclarou casada, 2 se declararam solteiras e 1 se declarou divorciada. Essa condição está diretamente ligada à socialização em determinado modelo de família e também pode ter relação com a faixa etária dos entrevistados.

No tocante à orientação religiosa, a maioria das entrevistadas se declarou como sendo evangélica (4) e outro número expressivo de entrevistadas se

declarou sem religião (3). Apenas uma assistente social se declarou católica e outra se declarou Espírita Kardecista. A análise destes dados aponta para dois aspectos interessantes. O primeiro aspecto diz respeito ao fato de que apesar de haver uma predominância da religião católica em nosso país, conforme aponta os dados estatísticos do IBGE e outros renomados centros de pesquisa, neste estudo em contrapartida curiosamente observa-se que há uma predominância da religião evangélica entre os sujeitos entrevistados. Tal fato pode ser visto como um indicativo do crescimento de outras formas de credos religiosos em nosso país. O segundo aspecto, que também nos chama atenção, é que outra parcela significativa se autodeclarou sem religião, o que pode evidenciar um aumento no descrédito dos indivíduos nas instituições religiosas existentes. Tais aspectos evidenciando, assim, uma das muitas contradições existentes na sociedade contemporânea, pois ao mesmo tempo em que observamos a expansão do direito à liberdade religiosa, em contrapartida, também se observa o descrédito de algumas pessoas em relação às instituições religiosas.

No que diz respeito à interferência dos preceitos religiosos sobre a atuação dos assistentes sociais, bem como dos demais profissionais inseridos na área de saúde, os resultados encontrados no presente estudo assemelham-se ao observado em outros estudos (Soares, 2003; FaúndeS et al, 2004; Farias, 2009) que apontam como a influência religiosa é relevante e tem impacto direto sobre a perspectiva e conduta destes em relação à prática do aborto em quaisquer circunstâncias.

No que diz respeito à distribuição dos sujeitos por local de formação, a análise dos dados aponta que a maioria das entrevistadas (6) estudou em instituições públicas de ensino superior, apenas 3 estudaram em instituições privadas.

De acordo com Cavalcanti et al (2008), o fato da maioria das entrevistadas ter se formado em instituições públicas de ensino pode ser encarado como um aspecto positivo, uma vez que favorece em tais instituições, em comparação às instituições privadas, já que existe uma maior possibilidade de articulação entre ensino, pesquisa e extensão e também a abordagem de determinadas temáticas na área social, como por exemplo, o aborto legal.

Cabe destacar que um número significativo de profissionais estudou em instituições privadas. Tal fato pode ser justificado pelo expressivo aumento da oferta de vagas nos cursos de serviço social nas instituições privadas. Isso

acontece, porque o Estado brasileiro ao longo de anos vem mantendo projetos e ações que têm facilitado o acesso de alunos à educação superior. Em que pese as críticas, tais ações se propõem em contribuir para que haja uma democratização do acesso ao ensino superior através da concessão de inúmeros subsídios, tanto as instituições públicas quanto as privadas, bem como visa ajudar a melhorar a qualidade de ensino das instituições federais.

Como exemplo de tais ações, cita-se: O FIES - Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior - que visa financiar a graduação na educação superior de estudantes que não têm condições de arcar com os custos de sua formação; O ProUNI (Programa Universidade para Todos, criado em 2004, pela Lei nº 11.096/2005, sua finalidade é conceder bolsas de estudos integrais e parciais a estudantes de cursos de graduação e de cursos sequenciais de formação específica, sempre em instituições privadas de educação superior. As instituições que aderem ao programa recebem isenção de tributos); O Reuni (Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais busca ampliar o acesso e a permanência na educação superior. Este programa tem como meta dobrar o número de alunos nos cursos de graduação em dez anos, a partir de 2008, e permitir o ingresso de 680 mil alunos a mais nos cursos de graduação); e, por fim, O Sisu - Sistema de Seleção Unificada - é o sistema informatizado, gerenciado pelo Ministério da Educação (MEC), no qual *instituições públicas de ensino superior oferecem vagas* para candidatos participantes do Exame Nacional de Ensino Médio (Enem).

Quanto ao tempo de formado, observa-se que, dentre as entrevistadas: 3 possuíam entre 10 a 14 anos, 4 possuíam entre 15 e 19 anos de formação, 1 possuía entre 20 a 24 anos e 1 possuía entre 30 a 34 anos de formação. Tais resultados apontam que a maioria das assistentes sociais inseridas nas unidades entrevistadas possui uma vasta experiência profissional, consolidada ao longo do tempo, e, portanto, com mais oportunidades de capacitação em serviços na área de atenção integral à saúde da mulher.

No que se refere à distribuição dos sujeitos por pós-graduação, é possível observar que, entre os sujeitos entrevistados, o tipo de pós-graduação que se destacou foi a pós-graduação lato sensu (4 entrevistadas), indicando, deste modo, que a maioria das profissionais possuía uma formação voltada para os cursos de residência e/ou para especializações diversificadas. Somente 2 entrevistadas

possuíam pós-graduação *stricto sensu* (na forma de mestrado acadêmico e profissional) e as 3 restantes afirmaram não possuir nenhum tipo de pós-graduação. Cabe ressaltar que este tipo de pergunta admitiu respostas múltiplas por parte dos entrevistados, uma vez que os mesmos relataram possuir mais do que um tipo de especialização e duas afirmaram possuir residência mais mestrado e/ou especialização mais mestrado.

Observou-se que as temáticas destas pós-graduações variaram entre Recursos Humanos, Saúde Pública (2), Terapia Familiar com abordagem em Saúde Mental, Saúde da Criança e do Adolescente (2), Gestão de Políticas Públicas, Serviço Social e Saúde (2) e Saúde Coletiva. A maioria indiretamente tinha relação com a temática da violência sexual e o aborto legal, entretanto, segundo o relato das próprias entrevistas, essa temática ou foi abordada de forma superficial ou, em alguns casos, nem foi abordada, evidenciando o quanto ainda esta temática está à margem das discussões dentro da academia.

O estudo aponta também que um número significativo de profissionais encontra-se desatualizado diante da necessidade de aprimoramento imposta pelas transformações societárias ocorridas em nossa sociedade e que tem tido rebatimento direto nas demandas que chegam aos serviços de saúde. Estas dificuldades são enfrentadas não só pelas assistentes sociais, mas também pelos demais profissionais inseridos nos serviços de saúde, conforme pode ser observado em outros estudos (Soares, 2003; Farias, 2009; Cavalcanti et al, 2010).

A falta de estímulo e a própria dificuldade de liberação por parte de suas chefias diretas foi o argumento mais utilizado pelas entrevistadas para justificar o fato destas não possuírem cursos de pós-graduação (especializações, mestrados ou doutorados), conforme ilustrado na fala a seguir:

“Eu não tenho liberação pra assistir nada fora, assistente social somos 5, pro hospital todo, quando uma colega sai de férias a outra se desespera, você acha que eu vou ser liberada pra fazer mestrado, ser liberada pra fazer pós? Eu fiz pós-graduação trabalhando aqui e em outro lugar e sem liberação de nenhum dos dois, estudando de noite e no final de semana. Então assim, a gente vai tentando caminhar, chega em casa procura alguma coisa na internet, lê, estuda, por conta própria, porque não tem incentivo, nem salarial, se eu tiver mestrado, pós-graduação, doutorado, isso não interfere em nada no meu salário, continuo ganhando a mesma coisa, exatamente a mesma coisa, não tem nenhuma possibilidade de progressão, de melhoria salarial (AS2b)”

Essa ausência de investimento em qualificação através da oferta de cursos e capacitações permanentes, por parte dos gestores de saúde, acaba por desestimular os profissionais de saúde na busca por aperfeiçoamento. A capacitação permanente é importante, porque as transformações societárias ocorridas em nossa sociedade têm rebatimento direto nas demandas que chegam aos serviços de saúde, impondo a necessidade de aprimoramento constante dos profissionais ali inseridos, para que estes possam oferecer um atendimento mais adequado.

No que diz respeito ao tempo de inserção das entrevistadas nas unidades estudadas, observa-se que este tempo variou de 2 semanas a 15 anos, apresentando duas grandes concentrações: de 0 a 5 anos (04 profissionais) e de 6 a 10 anos (4 profissionais), somente 1 profissional foi identificada na faixa entre 11 a 15 anos de inserção. Tal fato evidencia dois fatores: o primeiro indica uma forte presença de profissionais que se inseriram recentemente na unidade, em decorrência da realização relativamente recente de concursos públicos na instância municipal, bem como a inserção de contratações via Organizações Sociais de Saúde (OSS) no âmbito da gestão de saúde, no município do Rio de Janeiro. O segundo fator demonstra, por outro lado, a existência de uma inserção mais duradoura e mais consolidada dos profissionais.

Em relação ao tipo de vínculo contratual, observou-se a prevalência de assistentes sociais com o vínculo estatutário (07). Apenas duas possuíam a forma de contratação via OSS.

Segundo informações passadas pela Coordenadoria Geral de Gestão Pessoal do Município do Rio de Janeiro, atualmente existem 45 assistentes sociais com vínculo federal nas unidades de saúde do município. A Coordenação Geral de Gestão Municipal de Assistência Social, por sua vez, informou que atualmente está lotado no Sistema Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro (SIMAS) o quantitativo de 895 assistentes sociais, sendo que, deste total, 207 estão em exercício na Secretaria Municipal de Saúde. Já a Gerência de Contratualizados de Organizações Sociais da prefeitura do Rio de Janeiro informou que o número de assistentes sociais contratados na saúde via OS é de 131. O somatório de assistentes sociais inseridos na saúde municipal é de apenas 383 profissionais.

Os dados acima citados apontam para uma questão preocupante: o fato do quadro de assistentes sociais no município encontrar-se reduzido, especialmente na

saúde, visto que as exonerações e aposentadorias não estão sendo substituídas. Tal situação associada ao agravamento da questão social em nossa cidade vem revelando a necessidade da realização de concurso público para a reposição e garantia de um quadro mínimo de profissionais a fim de atender às demandas e necessidades da população.

Essa rotatividade de profissionais produz impacto na qualidade do atendimento realizado aos usuários de saúde, em especial às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei, conforme evidencia a fala da entrevistada:

“Então, assim, a gente briga para manter o que a gente conseguiu, porque a gente só tá perdendo. Quando cria uma Maria Amélia só com funcionário contratado é péssimo, porque essas pessoas não têm vínculo com aquela unidade, desde que inaugurou (...) acho que já trocou a equipe do serviço social umas três vezes (...), então, quando a pessoa começa a aprender o serviço, a entender, ela sai, entra outro... quando a gente começa a conhecer o colega, porque eu preciso (...) a gente tem que se falar, porque o caso às vezes passa daqui para outro hospital e você começa a conhecer os colegas eles vão embora, entendeu? Então na saúde a gente só está tendo perda, a gente não está tendo melhora... a terceirização, as os's... pra quem tá aqui trabalhando é horrível, é horrível”. (AS2b)

O Serviço Social Brasileiro, desde o seu surgimento, tem se inserido em diversos processos de trabalho coletivos, implementados a partir das políticas sociais públicas nas três esferas de governo. Neste sentido, o assistente social participa ao lado de outros profissionais da gestão e execução dessas políticas, nas diversas áreas: saúde, habitação, trabalho e renda, educação, dentre outras. Sua lotação sempre foi definida pela vinculação à política específica, que, no caso da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, expressava-se nas diversas Secretarias de Governo, responsáveis por cada uma dessas políticas. No entanto, a partir de 2001, esse quadro sofre uma alteração (CRESS, 2011).

O documento *“Panorama da situação dos assistentes sociais na Prefeitura do Rio de Janeiro”*, elaborado pelo CRESS Rio de Janeiro em Abril de 2011, tem o intuito de contextualizar a atuação do Serviço Social nas políticas setoriais da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, principalmente na Política de Saúde, setor este que engloba um número significativo de profissionais, aponta que nesta alteração os gestores municipais decidiram não pela ampliação do quadro, mas pela retirada compulsória dos assistentes sociais da saúde, comprometendo consideravelmente o atendimento à saúde da população.

Observa-se ainda que estes gestores também vêm utilizando a contratação de profissionais de saúde via OSS como uma estratégia para suprir, mesmo que minimamente, o déficit de profissionais nos serviços de saúde. Ao invés de realizar concursos e ter altos gastos com encargos trabalhistas, a atual gestão municipal de saúde do Rio de Janeiro tem optado por terceirizar e flexibilizar as contratações da força de trabalho na saúde, delegando às OSS a tarefa pela contratação do corpo técnico administrativo das unidades de saúde. Este modelo de contratação de recursos humanos se caracteriza pela fragilidade dos vínculos contratuais e evidencia o predomínio de uma lógica que objetiva à privatização dos serviços de saúde.

Outro ponto a ser ressaltado é a instituição do Sistema Municipal de Assistência Social (Lei 3.343/2001), estabelecendo que a "centralidade matricial" seja exercida, desde então, pela Secretaria Municipal de Assistência Social – SMAS, tendo o Assistente Social – servidor municipal – como principal agente do sistema.

Esta lei foi regulamentada pelo poder executivo municipal, através dos Decretos nº 21.058 e 21.059 de 08 de fevereiro de 2002, que conceituam e organizam o SIMAS – esse entendido como "conjunto integrado e descentralizado de todas as ações e programas sociais constituídos e implementados no âmbito da Cidade do Rio de Janeiro (CRESS, 2011)".

Até o final do ano de 2005, os assistentes sociais podiam optar por aderir ou não ao SMAS, entretanto, por força do Decreto 26.154, todos os Assistentes Sociais da Prefeitura lotados na Secretaria Municipal de Saúde passaram a ser geridos técnica e administrativamente pela SMAS.

Todavia, no início de 2006, é promulgada a Resolução 008/2006, que cria a estrutura para permanência dos Assistentes Sociais na Secretaria Municipal de Saúde, com objetivo de dar continuidade às atividades exercidas pelos profissionais já lotados há décadas nos postos de saúde, hospitais, Policlínicas, Centros de Saúde e etc. Neste período, também é criada a Gerência de Serviço Social na Saúde, a interlocução nas Coordenações de Área de Planejamento da Saúde (CAP) e as assessorias no nível central aos programas do idoso, criança, mulher, adolescente, doenças crônicas, doenças sexualmente transmissíveis/HIV/AIDS, saúde mental, saúde do trabalhador, dentre outros (Decreto 26211 de 07/02/2006).

Ainda de acordo com o documento do CRESS/RJ, em 2011, a Secretaria Municipal de Assistência Social desconsidera a matricialidade<sup>9</sup> do Sistema e a

---

<sup>9</sup>O sistema de matricialidade, criado por legislação municipal, tem por objetivo fazer a gestão dos servidores municipais vinculados ao SIMAS. De acordo com diversos autores, é uma perspectiva

estrutura gerencial dos assistentes sociais na saúde e determina, através da Resolução 17, a retirada de todos os profissionais de Serviço Social das Secretarias Municipais da Saúde, Habitação, Pessoas Portadoras de Deficiência e Envelhecimento e Qualidade de Vida.

Esta resolução convoca todas as assistentes sociais para que se apresentem no período de 30 dias e sejam transferidas para a Secretaria Municipal de Assistência Social, para que nesta passem a ter o exercício profissional. Apenas as assistentes sociais da Secretaria Municipal de Educação não foram incluídas nesta resolução por terem sido recentemente desvinculadas por força de um decreto, do SIMAS e lotadas na referida secretaria.

A retirada dos Assistentes Sociais lotados nas Secretarias Setoriais quebra a dinâmica do trabalho desenvolvido pelos Assistentes Sociais da Prefeitura, acarretando um retrocesso e descontinuidade nos serviços prestados à população e, conseqüentemente, afeta a perspectiva da integralidade e intersetorialidade, princípios fundamentais das políticas sociais públicas historicamente construídas.

O que se observa é que enquanto outros gestores debatem e lutam pela articulação das diversas políticas setoriais, com destaque ainda para o trabalho interdisciplinar, a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro aponta na direção do desmonte e fragmentação das mesmas.

Contraditoriamente, ao mesmo tempo em que a Resolução Nº 017/2011, que dispõe sobre a alocação de todos os assistentes sociais exclusivamente na Secretaria Municipal de Assistência Social, por um lado vem de encontro às expectativas da categoria, por outro coloca em risco todo o trabalho até então desenvolvido pelos assistentes sociais no âmbito das demais políticas públicas para além do campo da assistência social.

No tocante ao tempo no atendimento às mulheres em situação de violência sexual, observou-se duas grandes concentrações, de 0 a 5 anos (3 profissionais) e de 6 a 10 anos (4 profissionais). Entre as entrevistadas, apenas uma nunca havia atendido uma mulher em situação de violência sexual e outra não soube responder a pergunta.

De uma forma geral, o tempo no atendimento variou de 2 a 10 anos, sendo que duas assistentes sociais já realizavam este tipo de atendimento a

---

de gestão governamental intersetorial com foco em resultados, no desenvolvimento regional e padrões desejáveis de eficiência, eficácia e efetividade das políticas públicas (CRESS, 2011).

aproximadamente 8 anos cada. Observa-se que, na maioria dos casos, o tempo de atendimento tem relação direta com o tempo de inserção das mesmas na unidade.

Conforme aponta os trechos das entrevistas:

“(...) Mas desde que iniciei aqui, há 4 anos, TODAS AS ASSISTENTES SOCIAIS QUE ENTRAM AQUI, DE ALGUMA FORMA, ATENDEM.”(AS2a)

“ Desde que eu fui pra Praça XV, lá a gente também tinha o atendimento, mas aqui realmente é polo, né? Então eu tenho... 99...5 anos...2009, desculpa...**Você veio pra cá, pra Fernando em 2009?** Não, fui pra Praça XV em 2009 e na Fernando eu entrei ano passado em 2013 (...).”(AS2c)

“Desde a inauguração... na verdade não foi intitulado um núcleo, a gente faz o atendimento às mulheres que procuram estando nesse contexto. **E a unidade tem quanto tempo de inaugurada, de atuação?** Julho de 2012... 1 ano e pouquinho também, vamos fazer 2 anos agora em Julho de 2014”.(AS3a)

Em relação ao tempo no atendimento às mulheres que procuram o serviço de aborto legal, observou-se que a maior parte das assistentes sociais entrevistadas (6) afirmou nunca ter realizado este tipo de atendimento, devido ao fato da unidade em que atuam não ser referência para a realização do aborto legal. Já na única unidade que realiza este tipo de atendimento foi possível identificar 3 profissionais em duas faixas de concentração no tempo de atuação: de 0 a 5 anos (2 profissionais) e de 6 a 10 anos (1 profissional).

As assistentes sociais que afirmaram atender associaram o tempo de inserção no atendimento às mulheres com demanda por aborto legal ao tempo de inserção na unidade.

As duas situações descritas acima são evidenciadas nas seguintes falas das entrevistadas:

“(...) agora mais diretamente, porque aqui a maternidade ela é a referência para o aborto legal (...). Aqui eu estou diretamente envolvida, né? Eu faço a avaliação, eu faço um atendimento, uma abordagem, pensando já no aborto legal, concreto e anteriormente foi mais referenciar, né?”(AS2a)

“A GENTE ATENDE, DÁ AS ORIENTAÇÕES, FORNECE CAMISINHA, MAS A QUESTÃO DO ABORTO LEGAL, AQUI NÃO EXISTE.” (AS1d)

Um fato relevante a ser destacado é que, nas unidades que não são referência para a realização do aborto legal, corriqueiramente, surge também

demanda de aborto nas situações de anencefalia ou outra má formação fetal incompatível com a vida. Isto porque tais unidades são referência também para gravidez de alto risco. Nessas situações, a equipe médica até se predispõe a realizar o abortamento sem apresentar muita resistência, o que já não acontece nos casos de violência sexual. Conforme ilustra a entrevista:

**“Aqui não realiza, né? Mas já chegou de 2004 pra cá quando foi implantado o serviço de atenção às mulheres em situação de violência, chegou demanda neste período? Chegou... a gente encaminhava pra Fernando Magalhães. E continuam encaminhando? Os casos de anencefalia estão sendo feitos aqui, mas os casos de gravidez decorrente de estupro só lá. E sempre foi assim? Os casos de anencefalia sempre foram feitos assim, ou depois da alteração da lei em 2012, que... Só após a alteração da lei”. (AS1a)**

Tal fato evidencia que as equipes médicas e as chefias de ginecologia e obstetrícias destas unidades estão incorporando o que prevê a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº. 54 (ADPF 54), aprovada em Abril/2012 pelo Supremo Tribunal Federal (STF) e que garante, no Brasil, a interrupção terapêutica da gravidez do feto anencéfalo, também denominada de prática da antecipação do parto. Muito embora essa decisão do STF ainda não descriminalize o aborto, ainda assim é considerado um avanço, porque cria um permissivo legal que define que não se deve considerar como aborto a interrupção da gravidez em casos de feto anencéfalo.

### **3.3. Qualificação para o atendimento**

#### **3.3.1. Preparo ou abordagem sobre a temática do aborto legal durante a graduação**

No que diz respeito ao preparo ou abordagem sobre a temática da interrupção da gestação prevista em lei durante a graduação, a análise das

entrevistas permitiu identificar o núcleo de sentido **ausência de discussão sobre o tema na graduação**, e teve como ideia associada *o desconhecimento sobre a temática*.

Este núcleo aparece predominantemente na fala de todas as assistentes sociais entrevistadas. Todas afirmaram que a temática da interrupção da gestação prevista em lei não foi abordada durante sua graduação e nem mesmo durante a pós-graduação.

“Olha, que eu me lembre... assim, né? já tem tanto tempo de formada, mas que eu me lembre... mais recentemente, não.” (AS1d)

“Na graduação não, assim... aborto legal não (...).” (AS2a)

Silva e Tavares (2004) pontuam que o ensino em saúde na graduação deve estar em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais, que apontam como conteúdos essenciais à compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais do processo saúde-doença. Entretanto, a análise das entrevistas demonstra que isso, na prática, não vem ocorrendo durante a permanência dos profissionais de saúde na academia.

Ribeiro Neto (apud Soares, 2000, p. 401) acrescenta que esta dificuldade não se limita à inabilidade quanto às ações práticas, mas ao fato de, muitas vezes, os profissionais de saúde não conseguirem visualizar a conexão existente entre os aspectos sociais, culturais e econômicos e os problemas de saúde. Em outras palavras, os profissionais de saúde em sua prática profissional têm dificuldades de interpretar os rebatimentos destes fatores na saúde dos indivíduos e sofrem com a falta de uma prática profissional que englobe, de fato, uma perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população.

Nesse sentido, Souto e Madureira (2006) ressaltam que tal fato ocorre porque o foco existente na formação dos profissionais de saúde, em especial os médicos, ainda está muito centrado na visão técnico-curativa e biológica do processo saúde-doença, que resulta no despreparo dos profissionais para lidar com dimensões sociais e subjetivas presentes no cuidado à saúde.

No que diz respeito à formação em serviço social, Silva (1995) afirmar que:

[...] a formação profissional é entendida como processo dialético, portanto, aberto, dinâmico e permanente, incorporando as contradições decorrentes da inserção da profissão e dos profissionais na própria sociedade. Com esse entendimento, falar em formação profissional implica acompanhar a dinâmica da sociedade e a trajetória histórica do próprio Serviço Social, procurando entender os condicionamentos que a sociedade impõe sobre a prática profissional. (Silva, 1995, p. 73)

A formação acadêmica nos cursos de serviço social tem como base as diretrizes curriculares determinadas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS)<sup>10</sup>, que elaborou a Lei 9394/96 - Lei de Diretrizes Curriculares Básica do Curso de Serviço Social (LDB)<sup>11</sup>.

A LDB possibilita a formação de assistentes sociais críticos e competentes para intervir nas políticas públicas nas mais distintas áreas e busca através de suas bases curriculares fortalecer a direção social da profissão de serviço social na perspectiva do Projeto Ético Político (PEP)<sup>12</sup> da categoria. E estabelece os seguintes princípios básicos para a formação profissional:

- A flexibilidade e dinamicidade dos currículos plenos expressas na organização de disciplinas e outros componentes curriculares, tais como: oficinas, seminários temáticos, estágio, atividades complementares;

- Rigoroso trato teórico, histórico e metodológico da realidade social e do Serviço Social, que possibilite a compreensão dos problemas e desafios com os quais o profissional se defronta no universo da produção e reprodução da vida social;

---

<sup>10</sup>A ABEPSS é uma entidade civil de âmbito nacional sem fins lucrativos, com foro jurídico em Brasília, mas sua sede é itinerante, a cada dois anos, conforme mudança da Diretoria. É constituída pelas Unidades de Ensino de Serviço Social, por sócios institucionais colaboradores e por sócios individuais. Cabe ressaltar que nem todas as Unidades de Ensino de Serviço Social são filiadas à ABEPSS: portanto, a filiação depende de uma opção acadêmico-política, isto é, de identificação com as finalidades da ABEPSS. É uma entidade de natureza acadêmico-científica, que tem como principal objetivo assegurar a direção político-pedagógica impressa nas Diretrizes Curriculares de 1996.

<sup>11</sup>Esta lei contém a Proposta Básica para o Projeto de Formação Profissional no Curso de Serviço Social, nela estão contidos os pressupostos, diretrizes, metas e núcleos de fundamentação do novo desenho curricular do curso de serviço social no Brasil.

<sup>12</sup>O Projeto Ético-Político do Serviço Social é um projeto profissional que apresenta a autoimagem da profissão, elege os valores que a legitima socialmente, delimita e prioriza os seus objetivos e funções, formula os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescreve normas para o comportamento dos profissionais e estabelece as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas. Em suma, o projeto articula em si mesmo os seguintes elementos constitutivos: “uma imagem ideal da profissão, os valores que a legitimam, sua função social e seus objetivos, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas, práticas, etc.” (Netto, 1999:95-98)

- Adoção de uma teoria social crítica que possibilite a apreensão da totalidade social em suas dimensões de universalidade, particularidade e singularidade;

- Estabelecimento das dimensões investigativa e interpretativa como princípios formativos e condição central da formação profissional e da relação teoria e realidade;

- Presença da interdisciplinaridade no projeto de formação profissional;

- Indissociabilidade das dimensões de ensino, pesquisa e extensão;

- Exercício do pluralismo como elemento próprio da vida acadêmica e profissional, impondo-se o necessário debate sobre as várias tendências teóricas que compõem a produção das ciências humanas e sociais;

- Compreensão da ética como princípio que perpassa toda a formação profissional;

- Necessária indissociabilidade entre a supervisão acadêmica e profissional na atividade de estágio.

Podemos observar que a Lei de Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social e o próprio PEP vigente prima pela construção de um perfil profissional no qual os sujeitos desenvolvam um agir profissional a partir de um processo crítico-reflexivo, que se preocupe com a emancipação dos sujeitos e lute pela garantia de sua cidadania, indo além das aparências dos fenômenos sociais, preocupados com a coletivização das demandas, com a mobilização social e a educação popular.

Na prática, no entanto, o que se observa é exatamente o contrário, a lógica hegemônica visa atender exclusivamente aos interesses do mercado, presente na formulação, elaboração e gestão tanto da política de educação quanto da saúde em nosso país. Impossibilitando que tais princípios realmente se concretizem e se materializem se durante a formação ou depois durante a inserção do profissional de serviço social inseridos na área da saúde.

Observa-se o encolhimento do Estado, como bem ressalta Da Silva Oliveira (2004):

As novas demandas profissionais são decorrentes inclusive das novas relações estabelecidas entre o Estado e a Sociedade Civil – um Estado “mínimo”, cada vez mais submetido aos interesses e políticas dominantes e uma sociedade que, paulatinamente, vem assumindo grande parte do conjunto das responsabilidades sociais do país. É o chamado encolhimento dos espaços públicos e o alargamento

dos privados (Da Silva Oliveira, 2004 p.67).

Esta lógica, que se baseia na visão fragmentada e minimalista dos fenômenos sociais, vem requisitando, cada vez mais, um profissional à imagem e semelhança da atual ordem dominante, ou seja, um profissional cuja formação superior vem se dando de forma muito superficial, com uma visão restrita acerca dos fenômenos sociais e com uma atuação sem capacidade de reflexão crítica ou com pouca compreensão das questões sociais e políticas, resultando, assim, em uma atuação focalizada e reducionista em relação aos fenômenos sociais, dentre estes, o fenômeno da violência de gênero e a violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

O foco não é uma atuação crítica e reflexiva que vise o combate, a politização e a erradicação dos problemas sociais, mas, sim, a sua atenuação. Em outras palavras, as políticas sociais formuladas e implantadas no Brasil, nas mais distintas áreas sociais, visam à manutenção do *status quo* e não a superação da desigualdade social. E isso fica bem explícito quando analisamos a atual conjuntura da formação e atuação dos profissionais de saúde em nosso país.

Tal fato resulta na oferta de um ensino superior com vários déficits, com pouco ou quase nenhum investimento no tripé ensino, pesquisa e extensão, algo tão caro para a formação dos profissionais de serviço social e dos demais profissionais de saúde nos dias atuais.

Em síntese, observa-se uma formação superior com conteúdos fragmentados, parciais e medianos que não estão em consonância com as reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde, uma vez que tal formação não tem dado conta de responder às demandas e os desafios impostos pelos novos fenômenos sociais que surgem no seio da sociedade contemporânea, dentre este, destaca-se a violência de gênero que tem como um de seus desdobramentos a violência sexual e a gravidez resultante desta violência.

Outro ponto a ser discutido é a pouca importância dada a determinadas discussões e debates, tidos como periféricos, na formação dos cursos de serviço social, dentre estes, destaca-se as questões relacionadas ao impacto que a desigualdade de gênero, a interrupção da gestação prevista em lei e as

consequências que a violência sexual provocam na vida e na saúde das mulheres, conforme observado na fala a seguir:

“A GENTE TEVE AQUELAS DISCIPLINAS E TAL, MAS NADA MUITO ESPECÍFICO DE VIOLÊNCIA SEXUAL (...)”. (AS3a)

Esta temática, além de evidenciar a violação dos direitos humanos das mulheres, também se constitui enquanto matéria de intervenção para o serviço social dentro e fora dos serviços de saúde. Soma-se a isso o fato de ser um problema de grande complexidade tanto no que se refere à compreensão destes fenômenos quanto na dificuldade de intervenção sobre os mesmos.

Apesar de se constituírem enquanto grandes desafios para a intervenção dos profissionais de serviço social, quase não se tem dentro da categoria acúmulo ou debate sobre os mesmos. Mendes (2007) ressalta que não se pode deixar de considerar que a violência sexual contra a mulher é um fenômeno pluricausal que coloca especialistas de diversos setores frente a um objeto complexo e polissêmico, dificultando consensos e, por vezes, polarizando debates sobre suas determinações e responsabilidades sociais. Portanto, tais temáticas são atuais e atravessam o agir profissional dos assistentes sociais, pois tem relação direta com a atenção e os cuidados com a saúde das mulheres, uma vez que só estas correm o risco de engravidar em decorrência de um abuso sexual.

De acordo com D’Oliveira e Schraiber (1999) e Farias (2009), o motivo do despreparo dos profissionais da área de saúde está relacionado com a falta de capacitação e do conseqüente domínio de instrumental teórico e prático dos mesmos com relação aos agravos resultantes da violência sexual. Dentre estes, se destaca a realização da interrupção da gestação de estupro, uma vez que este tema pouco ou quase nunca é abordado durante a formação acadêmica destes profissionais. Soma-se a isso a crença de que tal problemática não se institui como algo pertinente ao setor de saúde.

Farias (2009) ressalta que a abordagem da temática da interrupção da gestação prevista em lei, durante a graduação nos cursos universitários na área de saúde, pode vir a contribuir para se conseguir um número maior de profissionais da área de saúde atentos e sensibilizados para a necessidade de viabilização e

ampliação do acesso desse tipo de serviço para a população feminina em nosso país, especialmente na rede pública de saúde.

A referida autora ainda destaca que a abordagem da temática da interrupção da gestação prevista em lei na formação acadêmica é essencial e estratégica para que possamos ter profissionais de saúde qualificados e que saibam realizar de forma adequada o atendimento às mulheres com esta demanda nos serviços de saúde. Pois, além de garantir melhor atendimento profissional, a abordagem do tema durante a graduação e na pós-graduação também poderia trazer o debate para o âmbito público, dando maior visibilidade à questão.

Outro ponto que reforça a tese da carência de instrumental teórico e da necessidade de maior discussão sobre a temática da interrupção do aborto previsto em lei, durante a formação dos assistentes sociais, é o fato de que durante a entrevista algumas assistentes sociais terem relatado que só tiveram acesso ao tema do aborto legal após sua inserção nas unidades que são referência para o atendimento às mulheres em situação de violência ou na única unidade que efetivamente realiza a interrupção da gestação prevista em lei no município do Rio de Janeiro.

“(...) Não, esse foi um tema que eu comecei a lidar com ele quando eu vim pra cá (...) porque é muito pouco falado. Isso quase não é dito, essa questão do aborto legal e do direito ao aborto legal (...). Eu sinto que no nosso processo de formação a gente tem acesso às teorias, as correntes teóricas e eu acho que falta algum tipo de formação que te dê mais ferramentas para você trabalhar no atendimento em si (...).” (AS3c)

Tal fato é corroborado pelos resultados apontados pelos estudos realizados por Soares (2003), Farias (2009) e Cavalcanti et al (2010) com profissionais de saúde de diversas áreas de atuação e de diversos serviços de saúde, no qual os resultados demonstram que a maioria destes profissionais desconheciam o direito da interrupção da gestação prevista em lei.

Esse desconhecimento acerca dos aspectos éticos e legais da interrupção da gestação prevista em lei contribui para o aumento das dificuldades dos profissionais de serviço social em lidarem com o tema da interrupção da gestação prevista em lei em seu exercício profissional, e, deste modo, dificulta a promoção de uma assistência adequada às mulheres com demanda por este tipo de serviço.

### 3.3.2.

#### **Participação em cursos e capacitações relacionados à temática do aborto legal**

No que diz respeito à participação dos profissionais em cursos e capacitações relacionados à temática do aborto legal, depois de formadas, identificou-se no discurso das entrevistadas a presença de dois núcleos de sentido: (1) **participação em cursos e capacitações**; e (2) **não participação em cursos e capacitações**.

O primeiro núcleo, **participação em cursos e capacitações**, foi observado apenas na fala de 2 (duas) assistentes sociais. Tendo como ideias associadas: *a necessidade de qualificação para prestar a assistência adequada*.

Esse núcleo está associado à ideia de que a participação em cursos e capacitações, seja através de oficinas ou seminários (promovidos através das iniciativas realizadas pelas Secretarias Municipal em parceria com o MS, ONG's, instituições governamentais que compõem a rede de proteção a pessoa em situação de violência doméstica e sexual e as Universidades) se faz necessária para qualificar a assistência prestada.

Cavalcanti et al (2010) destaca que as ações de prevenção da violência sexual, como política da SMS/RJ, foram iniciadas em 1999, a partir da implantação do Núcleo de Atendimento à Mulher Vítima de Violência no HMFm. Dando continuidade a suas ações, em abril de 2000, a SMS/RJ realizou em parceria com a ONG Cidadania, Estudos, Pesquisas, Informação e Ação (CEPIA), o seminário “Violência sexual e seus impactos sobre a saúde da Mulher”, tendo como alvo não só os profissionais do HMFm com a experiência de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, como também os profissionais do Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF), onde os serviços ainda estavam em fase de implantação (2ª unidade no município a se tornar referência para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual).

Nos anos seguintes, outras iniciativas no sentido de expandir e qualificar o atendimento prestado às mulheres em situação de violência sexual e com demanda pelo aborto previsto em lei foram realizadas, conforme pode ser observado nas seguintes falas:

“Quando a prefeitura instalou o programa para atendimento à mulher vítima de violência, a mulher e a criança, na época teve uma capacitação, sim, pra todas as unidades, eu nem era daqui (...), isso já tem muitos anos, se discutia varias questões não só em relação à violência sexual, mas a violência de um modo geral (...). **Você sabe precisar qual foi o ano do lançamento desse programa?** (...) eu não lembro, não lembro ao certo o ano, mas tem muito tempo. (AS2b)”

“Capacitação pela prefeitura. Quando o serviço foi implantado aqui, em 2004, teve um treinamento. (AS1a)”

Segundo Lima et al (2007) e Cavalcanti et al (2010), dentre estas, destaca-se: a realização de seminários de sensibilização e produção de material educativo para os profissionais, ocorridos no segundo semestre de 2002<sup>13</sup>, buscando consolidar a implantação do protocolo de atenção às mulheres em situação de violência sexual no âmbito municipal e o novo convênio com a CEPIA, em 2003, que teve por objetivo estender as ações de capacitação a todas as maternidades da SMS/RJ.

Cavalcanti et al (2010) ressalta que essas ações somadas às desenvolvidas durante o período de 2003/2004 no Projeto apoiado pelo Programa de Apoio a Projetos em Sexualidade e Saúde Reprodutiva (PROSARE), intitulado “Capacitação de Profissionais das Áreas da Segurança Pública e da Saúde para o atendimento a Mulheres Vítimas de Violência Sexual”, resultaram na organização da rede de serviços de atendimento às mulheres em situação de violência sexual no âmbito da SMS/RJ. Esta ação, em especial, teve como foco refletir sobre o atendimento a essas mulheres na área de saúde, divulgando, assim, o fluxo de atendimento, de forma a facilitar e ampliar o acesso das mulheres aos cuidados de saúde necessários.

Já no período de 2007 e 2008, a SMS/RJ, juntamente com a CEPIA, participou de uma pesquisa avaliativa de natureza interinstitucional, desenvolvida

---

<sup>13</sup>No ano de 2002, a Gerência de Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher da SMS/RJ firmou convênio com a ONG Cidadania, Estudos, Pesquisas, Informação e Ação (CEPIA), com recursos do MS, visando à sensibilização dos profissionais de saúde da rede municipal para o atendimento às mulheres vítimas de violência Sexual. Paralelamente a este projeto, um grupo de profissionais das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde do Rio de Janeiro participou de uma Oficina realizada pelo MS, em Belo Horizonte, com o objetivo de se capacitarem como multiplicadores na implementação da Norma Técnica de Atenção dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. A partir desse evento, os referidos profissionais organizaram os cursos de capacitação para os multiplicadores das unidades de saúde municipais e estaduais, alcançando, na ocasião, cerca de 600 profissionais de saúde (Lima et al, 2007, p. 179-180).

pela UFRJ (através do Núcleo Saúde Reprodutiva e Trabalho Feminino da Escola de Serviço Social), intitulada “Avaliação dos núcleos de atenção às mulheres em situação de violência sexual nas maternidades municipais do Rio de Janeiro”. A referida pesquisa, pioneira, teve como objetivo avaliar os núcleos de atendimento às mulheres em situação de violência sexual<sup>14</sup> nas maternidades municipais do Rio de Janeiro.

Esta pesquisa buscou contribuir para melhorar as respostas dos serviços de saúde voltados para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual, corrigir os rumos e reorientar as estratégias de ação na prevenção da violência sexual, como parte do processo de planejamento. Tendo como objetivos analisar a incorporação dos parâmetros sugeridos na Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (MS, 2011) por estes serviços; analisar as percepções dos profissionais de saúde e dos gestores das unidades onde os serviços estão instalados; analisar a percepção das mulheres atendidas por estes serviços acerca do atendimento prestado; construir um modelo de monitoramento dos núcleos; e propor medidas de aprimoramento.

Esta parceria resultou na realização de dois seminários voltados para a capacitação dos profissionais de saúde inseridos nas unidades de saúde, gestadas pela SMS/RJ (Unidades de Atenção Básicas, Maternidades e Hospitais de Emergência), conforme aponta o Relatório Técnico da Pesquisa: Avaliação dos núcleos de atenção às mulheres em situação de violência sexual nas maternidades municipais do Rio de Janeiro, executado pelo Núcleo de Saúde Reprodutiva e Trabalho Feminino da Escola de Serviço Social no ano de 2008, são eles: o **Seminário Violência Sexual Contra a Mulher: Conhecendo e Intervindo** (realizado em novembro de 2007) e o **Seminário Diálogos no Enfrentamento à Violência Sexual Contra a Mulher: Um Desafio para as Políticas Sociais** (realizado em Dezembro de 2008). Em ambas as ocasiões, os resultados da pesquisa já apontavam para a necessidade de um maior investimento por parte da SMS/RJ na qualificação dos profissionais de saúde para o enfrentamento da violência sexual e seus desdobramentos.

Entretanto, ressalta-se que todas as ações desenvolvidas pela SMS/RJ e

---

<sup>14</sup> Atualmente, denominados “Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência”.

listadas acima foram pontuais, não havendo manutenção ou permanência destas capacitações e nem incremento das mesmas visando abarcar todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde deste município. Exemplo disto é o fato de não se ter registros de ações de capacitação de grande abrangência abordando a temática da violência sexual ou do abortamento previsto em lei, por parte desta Secretaria de 2009 até os dias atuais, e o fato do HMFM, após 25 anos da implantação do serviço de aborto legal, ainda continuar sendo a única unidade referência para este atendimento no Estado do Rio de Janeiro. Isto pode ser entendido como um indicativo de que pouco se evoluiu na atenção às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei.

Tal fato decorre das constantes mudanças políticas e estruturais ocorridas no âmbito da SMS/RJ e, por conseguinte, na Gerência de Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Redirecionando as suas metas de atuação e impactando, desta forma, nas ações desenvolvidas por esta Gerência no tocante à capacitação e qualificação da assistência prestada às pessoas com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei.

Os relatos das entrevistadas, tal como citados anteriormente, nos permitem identificar que essa descontinuidade nas ofertas de capacitação contribui para que não haja um aprimoramento na atuação dos assistentes sociais, no tocante à atenção às mulheres com esta demanda, e também não permite que se produza um impacto real na melhoria da qualidade dos serviços, além de não contribuir para a viabilização do acesso das mulheres ao aborto previsto em lei no município do Rio de Janeiro.

O segundo núcleo de sentido, **não participação em cursos e capacitações**, presente na fala de 7 das 9 assistentes sociais entrevistadas, está associado às seguintes ideias: *Carência de capacitação a respeito da temática e busca particular por informações a respeito da temática.*

A análise das falas evidencia que ainda há um número significativo de assistentes sociais que atuam, direta ou indiretamente, no atendimento às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei e que nunca tiveram a oportunidade de participar de atividades de capacitação voltada para a abordagem desta temática.

“NÃO, DESDE QUE EU ENTREI AQUI NÃO... se fala ‘Ah vamos fazer um curso, vamos fazer uma capacitação’, DIZEM QUE JÁ TEVE, MAS EU ESTOU ESPERANDO E HÁ 4 ANOS NADA ACONTECE.(AS2a)”

Como visto na análise anterior, quando as capacitações aconteceram, estas se deram de uma forma muito pontual e esporádica, com ênfase no atendimento às vítimas de violência sexual (estabelecimento de fluxo, protocolo, conceitualização do fenômeno da violência doméstica e sexual contra a mulher, etc.) e abordando de forma muito superficial as questões relacionadas à interrupção da gestação prevista em lei (não aprofundam o debate acerca dos aspectos éticos e legais para a realização deste procedimento). Tal fato é ressaltado na seguinte fala:

“DIRETAMENTE SOBRE ABORTO NÃO. **E sobre atendimento a mulheres que sofrem violência?** Atendimento à mulher sim. Já participei de reuniões com o CAP que sempre abordou o assunto, já seminários... **E nessas reuniões não tocavam no direito ao aborto legal, na intervenção a esse direito?** BEM SUPERFICIALMENTE, MAS NÃO CHEGOU A APROFUNDAR NO ASSUNTO NÃO. (AS1c)”

Em outras situações, as assistentes sociais vão buscar por conta própria se instrumentalizar para poder melhor atender os usuários.

“Eu li algum material por conta própria, quando eu fui trabalhar com mulheres vítimas de violência sexual... não foi oferecido pra gente um curso (...). (AS2c)”

O discurso das entrevistadas evidencia que a ausência de capacitação resulta na falta de um maior conhecimento destas profissionais em relação à atuação adequada diante da demanda das mulheres pela interrupção da gestação prevista em lei. Tal fato provoca em muitas destas profissionais certa insegurança e desconforto no momento de informar e orientar as usuárias acerca dos seus direitos.

O fato de haver reduzidos investimentos na qualificação dos profissionais de saúde para a realização deste atendimento se constitui enquanto um descumprimento do que está previsto tanto na Política de Recursos Humanos do SUS quanto nas NT's do MS.

As normas técnicas (MS, 2010, MS, 2011) preconizam que todos profissionais de saúde devem ser capacitados acerca dos aspectos éticos e legais, sob as condições nas quais a interrupção da gestação é permitida e sobre quais diferentes técnicas são recomendadas para a realização desta prática, devem também ser sensibilizados para acatar a escolha da paciente pela realização ou não do aborto legal, além de outros aspectos essenciais relacionados ao atendimento humanizado.

Já a Política de Recursos Humanos do SUS preconiza o que é obrigação dos gestores do SUS, de forma articulada e na conformidade de suas atribuições comuns e específicas:

Prover os meios e atuar de modo a viabilizar a capacitação permanente dos profissionais de saúde para que os propósitos desta Política Nacional sejam alcançados no que tange o desenvolvimento da força de trabalho com vistas à organização do sistema de serviços de saúde para que se tenha melhor qualidade, e se garanta a universalidade, integralidade e equidade das ações de saúde (MS, 1999, p. 10).

Para tanto, se faz necessário que as instituições do SUS, nos três níveis de governo, assegurem o cumprimento de suas atribuições e responsabilidades. E ainda busquem a articulação intersetorial, uma vez que esta se constitui enquanto um pilar fundamental na condução estratégica desta Política de Saúde (MS, 1999).

Considera-se que a oferta de uma qualificação permanente se constitui enquanto fator de fundamental importância e de extrema necessidade para atuação dos profissionais de saúde, dentre estes, os assistentes sociais inseridos nos serviços de atenção às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei. São estas capacitações que permitirão que tais profissionais possam estar bem informados e seguros na realização de sua prática profissional.

Segundo Villela e Barbosa (2011), ao fazer a reflexão sobre os desafios existentes na oferta de capacitação aos profissionais de serviço social inseridos na área da saúde, não se pode deixar de considerar os seguintes fatores: em primeiro lugar, que essa carência é resultado da precarização e da terceirização de recursos humanos que vêm ocorrendo dentro dos serviços de saúde; em segundo lugar, o fato de existir uma falta de vontade política por parte dos três níveis de gestão em

saúde de investir e financiar a realização de capacitações permanentes sobre a temática da interrupção da gestação prevista em lei para os profissionais de saúde.

Nas palavras de Farias (2009):

A ampliação das atividades de capacitação, bem como a promoção do debate levando-se em consideração as diferentes percepções dos distintos profissionais que dele participam, tende a contribuir para a melhor capacitação de cada um, além de promover o fortalecimento do debate sobre a temática do aborto legal e o acesso ao mesmo dentro e fora das unidades de saúde (Farias, 2009, p. 67).

A existência de uma alta rotatividade dos profissionais de saúde nos serviços, causada pelas constantes mudanças ocorridas no mundo do trabalho, também afetam diretamente as condições e as relações de trabalho dos assistentes sociais. Devido à fragilidade dos vínculos de trabalho e às constantes mudanças ocorridas na composição das equipes, em consequências desta terceirização de recursos humanos (que se manifesta na forma das subcontratações, ampliação de contratos temporários, baixo padrão salarial), ocorre mudanças no perfil destes profissionais, que por receio de serem despedidos não reivindicam melhores condições de trabalho.

Cabe ressaltar que, ao se analisar os fatores que se constituem enquanto um impeditivo para a participação das assistentes sociais nas atividades de capacitação, deve-se levar em consideração alguns motivos apontados por Farias (2009) em seu estudo, quando esta afirma que alguns profissionais de saúde, dentre estes assistentes sociais, alegaram não participar de atividades de capacitação devido:

a) incompatibilidade de horário, pois as atividades por vezes foram oferecidas nos dias e horários que estavam trabalhando em outra instituição; b) ausência de convocação, já que em alguns casos somente as chefias dos setores da unidade participaram; c) não ter sido o profissional da equipe escolhido, pois, segundo alguns profissionais, havia um número máximo de profissionais por equipe de saúde liberado para participar da atividade; e d) não pensar de antemão de participar da equipe que realizar o aborto legal (Farias, 2009, p.68).

A discussão sobre a ampliação e melhoria dos serviços que prestam o atendimento às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei passa pela necessidade não só de uma melhor capacitação técnica dos

assistentes sociais, mas também de uma melhor articulação entre a rede de serviços. Para isto, é preciso incluir o legislativo, o judiciário, a educação, a assistência, a saúde e a segurança pública. Em suma, toda a rede de apoio e proteção à mulher com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei.

### 3.3.3. Participação em treinamentos relacionados à temática do aborto legal

Em relação à participação em treinamentos relacionados à temática do aborto legal, a análise das entrevistas permitiu identificar o núcleo de sentido: **Não Participação em Treinamentos**. Presente predominantemente na fala de todas as assistentes sociais entrevistadas. Este núcleo teve como ideia associada a *ausência de oferta de treinamento dentro dos serviços e a troca de informações entre as próprias integrantes da equipe de serviço social enquanto uma estratégia para driblar a carência de treinamentos*.

“Também... ih, muito menos... não existe (...). É assim: bate na porta, com encaminhamento da enfermagem, serviço social, saúde mental e ali você tem que sentar e escutar aquela mulher na sua situação de violência. Mas treinamento, abordagem, nenhum dentro da unidade? Nenhum. (AS2a)”

“Não, desde o momento que eu tô aqui, até agora não (AS2c)”

O discurso das entrevistadas evidencia a carência e a necessidade da oferta de cursos e treinamentos continuados aos profissionais de saúde, no que se refere à discussão e ao debate sobre a intervenção adequada às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei. As respectivas falas destacadas acima ressaltam o quanto tais profissionais entendem que a necessidade de qualificação está diretamente relacionada com a necessidade de aprimoramento imposta atualmente aos profissionais de saúde, e também se constitui enquanto uma recomendação imposta pela Política de Recursos Humanos do SUS (2002),

no sentido de estimular os profissionais a estarem buscando se qualificar para oferecer um atendimento mais adequado.

É nas reuniões de equipe, o momento de troca entre as profissionais, momento este em que são repassadas as informações de rotina que muito dos profissionais que não tiveram a oportunidade de participar dos treinamentos ou palestras relacionadas à temática recorrem a seus pares para tirar dúvidas e obter esclarecimentos sobre o tipo de atendimento que deve ser prestado.

“Só entre colegas mesmo, né? (...) Não, não, pela unidade não, só internamente entre o setor mesmo do serviço social (AS1c)”

De acordo com Farias (2009), tal prática se constitui enquanto algo preocupante, porque pode contribuir para que muitas dessas informações cheguem de forma enviesada e de forma muito superficial a estas profissionais, dificultando, assim, sua maior compreensão sobre a temática do aborto legal e comprometendo o acesso das usuárias ao seu direito.

Tal fato evidencia o despreparo sentido pelas assistentes sociais em relação à maneira correta de realização deste tipo de atendimento, que faz com que estes busquem criar estratégias para suprir esta ausência de capacitação.

“(...) a gente aqui estuda por conta própria, agora a gente vai tentar montar um curso aqui da própria unidade, não é nem um curso, é uma reciclagem, chamar gente de fora e tal, mas assim, a prefeitura do RJ não traz nada assim, não oferece nada pra gente, entendeu? (...) embora você tenha na prefeitura uma gerência de programas de atenção à saúde da mulher, mas essa gerência está vinculada à atenção básica, não estão vinculadas aos hospitais, não tão vinculados, mas eu entendo que é um tema afim. Poderia discutir com essa subsecretaria de atenção hospitalar (...) poderiam estar discutindo juntos e pensando alguma coisa, mas não... então assim, você tem gestores, mas que não estão pensando em capacitação, informação.” (AS2b)

Para Farias (2009), essa ausência de treinamento tende a repercutir de forma negativa no atendimento e acaba comprometendo o acesso das mulheres na busca por seus direitos.

Outro fato observado é que a maioria das assistentes sociais entrevistadas, que não atuam na única unidade de referência para a realização da interrupção da gestação prevista em lei, demonstraram possuir uma noção muito superficial em

relação ao direito ao aborto previsto em lei. Segundo as mesmas, quanto esta demanda chega em suas referidas unidades, imediatamente, elas encaminham para o HMFM por não saberem o que fazer diante da situação.

“Quando aparece um caso ou outro, às vezes aparece, aí eu encaminho, eu oriento ir à delegacia fazer o registro de ocorrência e encaminhamento para a Fernando Magalhães que é a maternidade que faz (...).” (AS1b)

Observa-se na fala das entrevistadas que devido à existência desta insuficiência de treinamentos, muitos profissionais por não se sentirem capacitados ou confortáveis em estar oferecendo este tipo de atendimento, acabam encaminhando as mulheres que chegam para o atendimento com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei para o HMFM, o que contribui para que haja um aumento da demanda e uma sobrecarga de serviços na única unidade que realiza este tipo de atendimento no município.

“Eu acho que a pouca oferta é por falta mesmo de tentar resolver a questão de ampliar, de trabalhar as equipes para que elas sejam capazes de fazer esse atendimento e com isso eu acho que fica sobrecarregando só uma maternidade, que é essa Fernando Magalhães. Então eu acho que é falta de (...) interesse de estar preparando a equipe(...)”. “ (AS1d)

Soares (2003) pontua que tal fato pode ser explicado devido à pouca ênfase dada à questão do direito ao acesso ao aborto previsto em lei nas instituições de saúde. Segundo a referida autora, isto ocorre porque os treinamentos recebidos pelos profissionais de saúde são dirigidos apenas para os processos de abortamento que chegam aos serviços de saúde já iniciados. Acrescenta-se a isto o fato da maioria dos profissionais de saúde desconhecer os aspectos legais e éticos que respaldam a prática da interrupção da gestação prevista em lei.

Villela e Barbosa (2011) chamam atenção para a importância que este treinamento tem e sobre o seu impacto na qualidade do atendimento prestado.

Na perspectiva de assegurar o atendimento prestado, caberia ao gestor local garantir as providências necessárias para que este fluxo de encaminhamento entre colegas ou entre serviços fosse ágil o bastante para que não houvesse constrangimentos adicionais para as mulheres em função dessas delongas. Isso é especialmente relevante nos casos de aborto legal, pois as mulheres que vivenciam

uma situação de estupro já estão fragilizadas, situação que se agrava com a descoberta da gravidez. A falta de acolhimento adequado no serviço de saúde e de uma abordagem profissional eficiente e resolutiva não pode se constituir em mais um fator de sofrimento e preocupação para essas mulheres. (Villela & Barbosa, 2011, p. 81)

Curiosamente, mais uma vez, algumas profissionais relataram ter buscado conhecimento sobre a temática e sobre a forma correta de atuação neste tipo de atendimento por conta própria, exatamente por sentirem a carência da oferta deste tipo de treinamento dentro do próprio serviço onde atuam.

“O que acontece é que a gente, por conta própria, a gente busca informação, a gente busca estar lendo, alguns artigos, mas, assim, não que a instituição favoreça isso. (...) então, assim, você tem gestores, mas que não estão pensando em capacitação, informação, isso não (AS2b)”

Devido à insuficiência de treinamentos, muitos profissionais por não se sentirem capacitados ou confortáveis em estar oferecendo este tipo de atendimento acabam encaminhando as mulheres que chegam para o atendimento com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei para o HMFM, o que contribui para o aumento da demanda e sobrecarga dos serviços realizados por esta unidade.

## 4 Concepções e atuações dos assistentes sociais

### 4.1. Atuação profissional diante das situações de aborto legal

#### 4.1.1. Compreensão sobre o aborto legal

No que concerne ao entendimento das assistentes sociais entrevistadas sobre o aborto legal, foi possível identificar o núcleo de sentido: **Aborto legal enquanto um direito da mulher previsto em lei**. Tendo as seguintes ideias associadas: *respaldado legal; direito de escolha e escolha da mulher em sobreposição ao direito dos profissionais de saúde*.

A primeira ideia associada, **respaldo legal**, faz menção ao que está previsto em lei, aborto legal enquanto um direito já garantido por lei a todas as mulheres conforme consta no Código Penal de 1940.

“O aborto legal é o ABORTO PREVISTO EM LEI, é o aborto que como o nome já fala ele é legalmente consentido. Que são as situações de abuso sexual, de estupro, de violência sexual e agora também nos casos de anencefalia (...) (AS2a).”

A segunda ideia associada, **direito de escolha da mulher**, ligada à noção de respeito à escolha da mulher, de respeito à sua autonomia e à sua autodeterminação sexual e reprodutiva, ao entendimento da mulher enquanto cidadã, portanto, sujeito de direito e capaz de fazer escolhas conscientes a respeito da sua própria vida.

“Eu acho que a mulher tem direito de escolher o que fazer com seu próprio corpo, enfim, eu acho que a mulher deveria ter direito ao aborto, eu sou a favor do aborto, mas em relação ao aborto legal é mais complicado ainda, porque foi uma situação que a mulher foi exposta a uma violência (...) eu acho que a mulher tem que ter acesso a uma escolha, claro que podendo evitar que se engravide é melhor, é muito

melhor, mas se não houver opção eu acho que ela deveria poder escolher mesmo (...).” (AS2c)

Essa perspectiva está em consonância com os ideais defendidos pelo movimento feminista e com o que preveem os Tratados Internacionais de Direitos Humanos das Mulheres, dos quais o Brasil é signatário, no que tange ao respeito aos direitos humanos das mulheres, no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos (Soares, 2003) e com o que preconiza a própria Política Nacional de Saúde da Mulher. Neste sentido, tal direito se sobrepõe aos aspectos éticos e religiosos que normatizam e permeiam as relações sociais.

“(...) eu entendo que é o direito dela de estar optando por isso (...). A questão religiosa que falam muito tem muita pressão em cima dessa mulher, né? Que ela tá fazendo um aborto, tá matando um ser humano, então deixar bem claro isso, que é um direito dela, uma opção de fazer, sim ou não (...).” (AS1c)

A vivência religiosa não deve servir para orientar as práticas dos profissionais que atuam no âmbito das políticas públicas, em observância ao princípio ético da laicidade do Estado, conforme prevê a própria Constituição Federal de 1988. Cavalcanti et al (2008) ressaltam que a interferência de valores religiosos acarreta prejuízos e danos irreparáveis à saúde das usuárias atendidas nos serviços de interrupção da gestação prevista em lei e se constituem enquanto violação dos seus direitos humanos, sem os quais não existe a realização da cidadania.

Observou-se também que algumas assistentes sociais atrelaram a noção de aborto legal, enquanto respeito ao direito da mulher, à defesa de uma concepção mais ampliada dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, à defesa pela ampliação do direito à interrupção da gestação também nas outras situações nas quais a mulher, por inúmeras razões ou motivos, não deseje levar a termo uma gravidez não planejada, bem como também defendem que haja por parte dos formuladores da política de atenção à saúde da mulher um maior investimento e ampliação no acesso das mulheres à laqueadura de trompas.

“(...) Acho mesmo como um direito... como eu acho também que a ligadura poderia ser um direito pra usuária mediante a escolha dela, não haver o processo que tem, né, De lei, de só em determinadas situações. Então acho que poderia ser um direito

de escolha da paciente como o aborto legal, entendeu? (...). Acho que até poderia diminuir de repente o índice até de aborto provocado. É um direito de você escolher ‘Pô, eu tenho 2 filhas, eu quero ligar e pronto’, não só em situações que a lei permite na hora do parto e depois as dificuldades que se tem (...).” (AS1d)

Na concepção das entrevistadas, a legalização do aborto, a ampliação e a diminuição da burocracia para que as mulheres tenham acesso à laqueadura de trompas, bem como a institucionalização desta atenção em saúde, contribuiriam para reduzir os altos índices de mortalidade materna em nosso país e garantiriam que as mulheres pudessem ter um atendimento digno e humanizado, dentro de uma perspectiva realmente de integralidade no que diz respeito à sua atenção em saúde. É a defesa de uma concepção da mulher não apenas como um útero, mas principalmente enquanto um sujeito de direitos.

“Eu acho até, a meu ver, que o aborto deveria ser legalizado, não só nos casos... hoje previstos em lei (...) eu acho que ele deveria ser garantido para qualquer mulher que não quisesse levar a gravidez adiante, eu acho que isso evitaria muita coisa, evitaria muita gente de morrer por aborto clandestino, muito sofrimento (...), ela vai pra uma aborteira, ela não tem nenhum tipo de suporte, nenhum tipo de apoio, nem antes, nem durante, nem depois. Se fosse institucionalizado, ela poderia ter assistência antes de realizar, no decorrer e depois como ela vai lidar com aquilo, porque pra algumas mulheres às vezes se torna fantasmas que elas carregam durante anos e anos. Mas infelizmente a gente ainda não conseguiu chegar a esse nível de outros países que já tem legalizado, então hoje só nesses dois casos e acho que nesses a gente tem que garantir o acesso sim.” (AS2b)

Tal posicionamento evidencia que estas profissionais possuem um entendimento mais ampliado e emancipatório acerca dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, indo ao encontro do que prevê os princípios do seu próprio código de ética no que se refere à concepção de emancipação social dos sujeitos.

Vasconcelos et al (2007) ressalta que entre todas as categorias de profissionais inseridos na área da saúde, os assistentes sociais se destacam devido à sua formação profissional ser voltada para a defesa da garantia integral dos direitos à cidadania dos usuários e pela viabilização do acesso destes aos serviços públicos. Em outras palavras, desenvolvem a habilidade de analisar os sujeitos enquanto um ser social nas suas múltiplas complexidades e necessidades.

Farias (2009) acrescenta que esse entendimento mais democrático sobre o aborto legal e sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres tem como base os seguintes princípios do código de ética desta categoria: a concepção de equidade e justiça social que busca assegurar a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais independentemente da classe social, sexo ou etnia a que os usuários dos serviços de saúde venham a pertencer.

A terceira ideia associada, **escolha da mulher em sobreposição ao direito dos profissionais de saúde**, está ligada a noção de que o direito da mulher a ter acesso à interrupção da gestação prevista em lei se sobrepõe ao direito do profissional de saúde, principalmente o médico, de alegar objeção de consciência, e também está ligado à noção de responsabilização do Estado no cumprimento do seu papel que é viabilizar a oferta deste serviço e garantir a execução do mesmo. Dito de outra forma, o Estado tem a obrigação de dar condições para que as mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei tenham acesso a este serviço, pois a não realização do mesmo se constitui enquanto uma violação dos direitos humanos das mulheres.

“Eu entendo que é um direito da mulher que tem que ser garantido não importa se o médico por princípio religioso não quer fazer, isso é uma questão dele, mas a instituição tem que garantir esse direito, a maternidade tem que oferecer o acesso a essa mulher a esse serviço (...).” (AS2b)

Tal pensamento vai ao encontro do que preconiza a Norma Técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, quando esta destaca que embora o profissional médico (a) tenha direito a objeção de consciência e o direito de recusa em realizar o abortamento em casos de gravidez resultante de violência sexual, é seu dever, contudo, informar à mulher sobre seus direitos e garantir a atenção ao abortamento por outro profissional da instituição ou de outro serviço, pois o pronto atendimento à mulher em situação de abortamento não pode ser negado. Caso isso ocorra, será considerado crime de negligência, omissão ou postergação de conduta que viola a lei (MS, 2011, p75).

A referida Norma Técnica também ressalta que é dever do Estado e dos gestores de saúde manter nos hospitais públicos profissionais que não manifestem

objeção de consciência e que realizem o abortamento previsto em lei. Caso isto não ocorra, a mulher que venha a sofrer quaisquer prejuízos, seja de ordem moral, física ou psíquica, em decorrência desta omissão, pode e deve recorrer à responsabilização pessoal e/ou institucional (MS, 2011, p.75).

#### 4.1.2. Concepção sobre a prática do aborto legal

No que concerne à concepção sobre a prática do aborto legal, a análise das falas das entrevistadas permitiu identificar o seguinte núcleo de sentido: **garantia de direito x a garantia do direito da mulher**. Tendo como ideias associadas: *falta de consenso entre os profissionais de saúde acerca da garantia deste direito; a ausência de interdisciplinaridade; a não incorporação do princípio de humanização durante este atendimento; a carência de oferta deste serviço na rede; importância do papel do assistente social neste processo*.

No que diz respeito ao núcleo de sentido **garantia de direito x a garantia do direito da mulher**, a fala das entrevistadas evidencia a ambiguidade existente na realização deste atendimento, da dificuldade dos profissionais de saúde em diferenciarem a legalidade deste direito da legitimidade do direito da mulher. Em outras palavras, de tornar legítimo aquilo que já é considerado legal pela nossa legislação.

A fala das entrevistadas evidencia que alguns profissionais de saúde inseridos nos serviços estudados, apesar de serem referência tanto para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual quanto com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei, ainda possuem dificuldades de entenderem esta atenção ao abortamento legal enquanto um direito da mulher e enquanto um respeito à sua dignidade humana.

“É contraditório, né? Assim, até pelo aspecto subjetivo do que pelo aspecto objetivo (...). Então... mas na atuação a gente sabe que tem que tentar manter a neutralidade e orientar a mulher dessas possibilidades (...)(AS3a).”

A análise das entrevistas também evidencia que a falta de consenso acerca deste direito e, principalmente, a recusa de alguns profissionais em realizarem o abortamento legal acabam atrapalhando a efetivação dos direitos das mulheres, pois em algumas situações elas são obrigadas a esperar vários dias para terem o acesso à interrupção da gestação.

“Não há um consenso. Eu penso assim, os profissionais, eles têm entendimento diferente, o que é muito complicado, porque às vezes isso pode atrapalhar o acesso da pessoa ao que ela quer, ao direito dela, por conta de entendimentos que são diversos. Vou te dar um exemplo, às vezes a mulher interna aqui, começa com cytotec, aí o medico vai lá coloca o cytotec pra fazer o aborto, aquilo é um processo, que depois o outro profissional do plantão tem que dar continuidade e outro vem e diz que não vai fazer, porque ele acha que não tem que fazer, porque a religião dele não permite, seja lá o que for, né? Aí o processo para, aí vai esperar o outro chegar no outro dia pra fazer (...) isso é horrível, aí a gente vai interferir pra brigar pelo direito daquela mulher. Por exemplo, a última reunião que teve aqui, o chefe da obstetrícia chegou com um encaminhamento de só internar na segunda feira (...) foi a alternativa, porque nem ele como chefia poderia obrigar o colega a dar continuidade aquele procedimento se o cara se recusasse a fazer (...). Então, assim, você não tem um consenso (...). Tem profissional que vai olhar assim e vai dizer ‘aquela mulher ali está mentindo’, ‘aquilo é historinha’, pode tratar mal ela (...) (AS2b).”

A recusa de alguns profissionais em realizar o atendimento às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei esconde na verdade uma carga de preconceito e julgamento de valor que resulta no tratamento discriminatório recebido por muitas mulheres neste serviço.

“(...) eu acho que da forma como a mulher é acolhida na enfermaria depois de... para fazer o procedimento, é que às vezes ela fica um pouco sujeita a juízo de valor, então isso aí que eu não acho muito legal, porque você vê uma total inabilidade ou falta de preparo mesmo dos profissionais que estão na atenção direta pra lidar com essa mulher, então ela fica exposta com detalhes, observações, que eu acho que são inapropriadas (AS2c). [grifos nossos]”

Farias (2009) pontua que os profissionais de saúde se utilizam da objeção de consciência para na verdade camuflar seus valores morais e religiosos, reforçando, assim, a manutenção de seus preconceitos. Esta inabilidade para lidar com esta questão, além dos valores morais e religiosos impregnados na prática dos profissionais de saúde, é reforçada pela ausência de capacitação e sensibilização dos mesmos por parte dos gestores de saúde. A maioria dos profissionais de

saúde, incluindo as assistentes sociais, são instados a atuar sem nenhuma prévia preparação.

“Eu acho ela ‘encraquelada’, porque algumas unidades como a nossa unidade que atende a saúde da mulher atende essas situações de violência e não tem o serviço instalado, tanto é que eu nunca fui capacitada para fazer o que eu tô fazendo, atendo pacientes de violência sexual, mas nunca recebi nenhum tipo de capacitação específica, e não se fala aqui de aborto legal, pessoas até que tenham situações que podem provocar o aborto legal, dos bebês das vezes que foram identificados algum problema logo no início da gestação, não podem fazer aqui, não só vinculado à violência sexual, mas vinculado a outros precedentes, como o de má formação (AS1b). [grifos nossos]”

Na opinião das assistentes sociais entrevistadas, há um desrespeito com a garantia deste atendimento, quando se pensa em prioridades dentro da política de saúde da mulher a oferta deste serviço não aparece enquanto prioridade. Exemplo tácito disto é o fato de, após 25 anos de implantação do primeiro serviço de atenção às mulheres em situação no Estado do Rio de Janeiro, ainda hoje só existir uma única unidade referenciada para a realização da interrupção da gestação prevista em lei.

“Não existe, né? (...) aqui na maternidade não acontece, que a gente saiba vem acontecendo só na maternidade Fernando Magalhães (AS1d).”

“Como eu vejo a prática? Eu acho que a prática tem que ser ampliada, né? O número de unidades que têm esse serviço é muito pouco no Rio de Janeiro, no Brasil todo, é muito pequeno (AS1a).”

Tal fato evidencia que na prática, nestas últimas duas décadas, houve pouco investimento no município do Rio de Janeiro, e por que não dizer em todo o Estado, na garantia da realização da prática da interrupção da gestação prevista em lei. A realização desta prática ainda não é consenso pelos próprios gestores de saúde, quanto mais para os profissionais que estão na ponta e prestam a assistência direta a estas mulheres.

Cavalcanti et al (2010) ressalta que a prevenção da gravidez não desejada, a realização do abortamento previsto em lei e das demais consequências da violência sexual devem se constituir como elementos de alta prioridade para os gestores e profissionais de saúde. Contudo, o que se observa na prática é que

ainda há uma grande resistência na implementação desses serviços, que dependem em grande parte do treinamento e da estabilidade dos integrantes das equipes para seu funcionamento.

Neste sentido, a ausência de uma atenção adequada às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei restringe o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos destas mulheres e demonstram o descumprimento por parte dos serviços dos parâmetros estabelecidos, tanto pela NT quanto pela Lei 12.855/13, e pelo Decreto 7.958/13, ambos os documentos que, além de normatizarem a prática, também instituem a obrigatoriedade dos serviços públicos de saúde em realizar a atenção adequada a essas demandas dentro da área da saúde.

Outro fator identificado foi a necessidade do Serviço Social intervir para garantir o acesso das usuárias aos seus direitos e dar voz a estas durante o atendimento nos serviços de saúde. Destacando, assim, a importância do papel do assistente social enquanto profissional que em sua atuação profissional prima pela universalidade do acesso, pela viabilização dos direitos dos usuários e pelo respeito à sua autonomia.

“Eu vejo, assim, como o papel do assistente social que é de uma importância enorme, né? É ele quem direciona, é ele quem acolhe, é ele quem direciona as redes que essa paciente vai procurar (...). Antes essa mulher era largada, essa mulher não tinha voz (...) eu acho de suma importância.” (AS3b)

Outro ponto a ser destacado na fala da entrevistada foi a questão da ausência de interdisciplinaridade durante o atendimento a essas mulheres. Este fato resulta na existência de uma prática fragmentada que não efetiva direitos, contribui para que haja um processo de revitimização destas mulheres, isto porque estas usuárias são atendidas por diversos integrantes das equipes que atuam no serviço, sendo obrigadas a relatar o episódio de violência por diversas vezes e a diversos profissionais. Esta prática além de comprometer o acolhimento destas mulheres também fere os princípios de humanização no atendimento previsto pelo SUS.

“(…) Não há um trabalho interdisciplinar, posso dizer até que existe um trabalho multidisciplinar, porque passa pelo serviço social, passa pela psicologia, passa pela enfermagem (...) também vai ter que passar pelo médico, então, multidisciplinar tem, agora interdisciplinar está muito longe de acontecer, na minha opinião as

práticas são superfragmentadas, às vezes, assim, a gente consegue uma interação maior com a saúde mental, em algumas situações... muitas vezes nem isso (...). Tem aí a questão da revitimização de fato, que é algo que eu já levei pra direção também, que já discuti (...) primeiro ela já falou lá fora porque normalmente chega aqui encaminhada da DEAM ou de um órgão de proteção, já falou com (...) vários outros profissionais, aí fala com a enfermagem lá embaixo, chega aqui no serviço social vai falar novamente, chega na saúde mental vai falar novamente, se passar pelo médico vai falar novamente, então vai sendo revitimizada o tempo todo... isso é uma questão que acontece aqui direto por mais que nós do serviço social tentemos um pouco diluir isso e evitar (...). E outra coisa que eu também falo, o acolhimento muitas vezes ele é feito de uma forma, não vou falar comprometida, mas, assim, mais direta até pelo serviço social (...). Eu observo que o acolhimento... ele é muito mais preconizado no serviço social, do que em outra área.(AS2a)”

Apesar da Norma Técnica de Atenção aos Agravos Resultantes da Violência Contra às Mulheres e Adolescentes (MS, 2011) destacar que a intervenção nas situações de violência sexual requer uma prática profissional que prime tanto pela intersetorialidade quanto pela interdisciplinaridade, contudo, observa-se que isto ainda é uma realidade que está muito longe de se concretizar na prática dos profissionais de saúde que atuam no atendimento às mulheres com demanda pela realização da interrupção da gestação prevista em lei.

## **4.2. Formas de acesso ao aborto legal**

### **4.2.1. Compreensão sobre as formas de acesso das mulheres ao aborto legal no município do Rio de Janeiro**

No que diz respeito à opinião das entrevistadas sobre acesso das mulheres à interrupção da gestação prevista em lei no município do Rio de Janeiro, a análise de seus discursos permitiu identificar o seguinte núcleo de sentido: **existência de diversos entraves na garantia do acesso**. Tendo como ideias associadas: *carência de oferta deste serviço; entraves existentes na lei, ausência de*

***informações a respeito do direito ao aborto legal; fragmentação/precarização da assistência.***

A análise da fala das entrevistadas permitiu identificar a existência de diversos fatores que limitam a garantia de acesso das mulheres aos serviços de interrupção da gestação prevista em lei no município do Rio de Janeiro, isto porque o tema ainda se constitui enquanto um tabu, desencadeando inúmeras polêmicas para sua efetivação.

Na concepção das assistentes sociais, as falhas observadas na garantia deste acesso vão desde o nível macro (elaboração e formulação desta política pública de saúde) até o nível micro (organização dos serviços de saúde e efetivação da assistência), demonstrando que ainda há algumas barreiras a serem superadas para que este acesso se concretize.

A primeira ideia associada, **carência de oferta deste serviço**, faz menção à dificuldade de acesso e foi observada, porque se constata a existência de poucos serviços de atenção às mulheres com demanda pela interrupção legal da gestação, não só na rede municipal como também na rede estadual de saúde do Rio de Janeiro.

“Eu acho que fica dificultado por conta de ter poucas unidades. Se todas as unidades tivessem esse serviço, seria bem mais fácil (...) a pessoa tem um prazo pra fazer essa interrupção, às vezes algumas dificuldades, passa por um local, passa por outro, vai nesses encaminhamentos, pode ser que a pessoa desista, pode ser que essas dificuldades até atrapalhem o prazo para fazer a interrupção.” (AS1a)

Segundo a matéria “Dor em Dobro”, realizada pela Agência Pública, apesar do Ministério da Saúde afirmar que existem 65 serviços que realizam a interrupção da gestação prevista em lei no Brasil, destes apenas 37 hospitais vêm realizando integralmente este tipo de atendimento. Comparando a quantidade de municípios existentes no país (cerca de 5570) e a quantidade de serviços que de fato realizam o atendimento, evidencia-se que as mulheres com demanda pela interrupção legal da gestação são obrigadas a fazerem grandes deslocamentos entre uma cidade e outra, e até entre regiões do país para terem acesso a este serviço. Tal fato demonstra que a assistência em saúde das mulheres com demanda pela interrupção legal da gestação ainda vem sendo negligenciada pelo governo brasileiro.

A referida reportagem ainda ressalta que só no ano de 2012, com base nos casos denunciados à polícia, ocorreram cerca de 5.000 casos de gravidez resultantes de estupro, sendo aproximadamente 2.500 em menores de 12 anos. Já os dados da saúde são mais alarmantes, pois o registro dos casos de gravidez resultante de violência sexual atendidas nos serviços de saúde em nosso país aponta que 80% das crianças, 81,4% das adolescentes e 67% das adultas que engravidaram em decorrência de estupro não realizaram o aborto legal.

A matéria evidencia o quanto é alarmante a situação da violência sexual e quão dramática ainda é a situação das mulheres e meninas que engravidam em decorrência deste tipo de violência em nosso país. Observa-se que o estado brasileiro tem falhado muito no que diz respeito à garantia e proteção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Em nosso país, ainda hoje, as mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei têm pela frente inúmeros obstáculos para a obtenção deste direito, pois além de terem que conviver com a dor e o sofrimento da vivência do abuso sexual ou do sofrimento de receber o diagnóstico de uma gravidez de feto anencéfalo, elas ainda se deparam com a carência de serviços e com o excesso de burocratização existente para ter acesso a este direito.

Segundo a concepção das entrevistas, tal fato pode ser atribuído à existência de fatores, como a ausência do papel efetivo do Estado no fortalecimento de ações que garantam a realização deste acesso, a forte interferência do conservadorismo na formulação das políticas públicas e da legislação em nosso país, e a falta de elaboração e execução de ações dentro e fora da área de saúde que visem efetivamente garantir o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

A segunda ideia associada, **entraves existentes na lei**, faz menção ao fato de ainda existir algumas dificuldades para que este acesso possa ser garantido tanto por parte do judiciário, devido ao desconhecimento por parte do alguns operadores da lei, quanto ao fluxo de atendimento às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei na área da saúde, quanto por parte de alguns profissionais de saúde que nos casos de anencefalia<sup>15</sup> ainda desconhecem a legislação e as portarias do MS e fazem a exigência da apresentação da

---

<sup>15</sup>A anencefalia é uma grave má-formação fetal que resulta da falha de fechamento do tubo neural. Isso leva à ausência dos hemisférios cerebrais, da calota craniana e do cerebelo. A conjunção desses fatores impede a possibilidade de vida extrauterina. A anencefalia não possui tratamento ou cura, e é fatal em 100% dos casos. (ANIS, 2012, p. 31)

autorização judicial para realização deste tipo de atendimento. Tal fato é observado nas seguintes falas:

“Eu acho bem dificultoso, né? PORQUE TEM UNS ENTRAVES AÍ NA LEI, QUE ÀS VEZES PREJUDICA ATÉ A MULHER, ATÉ COM RELAÇÃO AO TEMPO GESTACIONAL (...).” (AS1c)

“(...) já teve uma situação aqui de uma mulher que veio encaminhada pela justiça, mas a justiça demorou tanto pra encaminhar, porque não sabia pra onde mandar, achou que tinha boletim de ocorrência, assim, coisas que assim, como é que um cara que está na defensoria publica não sabe? Ele não sabe mesmo, ele não sabe qual é o fluxo, né? Porque ela já chegou aqui com a gravidez adiantada, com mais de 20 semanas e aí não pode fazer o aborto, mas se ele tivesse encaminhado ela logo pra cá já poderia ter sido feito (...).” (AS2b)

Em abril de 2012, o Supremo Tribunal Federal ao julgar procedente a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54, decidiu que a antecipação do parto em caso de anencefalia é um direito constitucional da mulher, desta feita, o aborto de anencéfalo trata-se de uma intervenção cirúrgica para solução de um problema médico irreversível e que pode colocar a mulher em um estado de perigo quanto à sua saúde mental e física, e, portanto, ser solicitado pela mulher à rede pública de saúde sem necessidade de autorização judicial.

Infelizmente, este permissivo legal ainda não foi estendido aos outros casos de más-formações fetais incompatíveis com a vida extrauterina, e nestas situações a mulher ainda necessita de autorização judicial para a interrupção da gravidez.

Como a anencefalia é considerada do ponto de vista científico uma gravidez onde não há potencialidade de vida fora do útero, devido ao feto não possuir atividade encefálica e, por isso, ser considerado como natimorto, nestas situações tal procedimento médico é considerado pela FEBRASGO como antecipação terapêutica do parto, e tem o intuito de abreviar o período gestacional, resguardando a dignidade e a integridade física e mental das mulheres que não desejam prosseguir com a gravidez de um feto com anencefalia.

Mediante a isto, em maio de 2012, o Conselho Federal de Medicina estabeleceu parâmetros para a antecipação terapêutica do parto nos casos de anencefalia através da publicação no Diário Oficial da Resolução nº 1.989, que dispõe sobre a antecipação do parto em caso de anencefalia e estabelece os seguintes critérios para sua realização: o diagnóstico de anencefalia é dado a partir

da 12ª semana de gestação, por meio de exame de ultrassom; o diagnóstico deve conter duas fotografias, identificadas e datadas, uma com a face do feto em posição sagital; a outra com a visualização do polo cefálico no corte transversal, demonstrando a ausência da calota craniana e de parênquima cerebral identificável; laudo assinado por dois médicos capacitados para tal diagnóstico.

Após o diagnóstico de anencefalia, o médico deve orientar a mulher a respeito das escolhas que podem ser feitas, ou seja, levar a gestação a termo ou interromper, cabendo livremente a ela definir que decisão irá tomar, já que nestes casos não há idade gestacional máxima para solicitar a antecipação do parto. Entretanto, quanto mais cedo for realizada, menores serão os riscos para a mulher. Os documentos necessários para a realização deste procedimento são o exame de ultrassonografia, o laudo assinado por dois médicos e o termo de consentimento escrito pela mulher para que a equipe médica possa realizar a antecipação terapêutica do parto.

Soma-se a isto o fato das mulheres serem devidamente esclarecidas sobre as formas como este procedimento pode ser feito, ou seja, deve ser oferecida a ela a oportunidade tanto pela indução da antecipação do parto pelas vias naturais ou por meio de uma microcesária, o que não vem acontecendo nos serviços e, por causa disto, muitas mulheres se desestimulam a dar prosseguimento com o atendimento.

“Os casos que eu peguei aqui, a gestação já estava bastante avançada e aí... teve recentemente um caso de um bebe anencéfalo que a gestação poderia ser interrompida, eu ofereci (...). Algumas não querem, porque ficam como medo (...) haver parto normal, isso pra mulher é muito difícil, ela queria que se fizesse uma cesariana, então ela falou assim ‘poxa, eu vou tomar medicação, vou fazer medicação, pra ter um parto normal? Ainda vou sofrer essa dor de um parto normal?’ Aí ela ficou de verificar com a família, com o marido se ela ia esperar as vias naturais ou se ia provocar a antecipação do parto (...).” (AS1b)

Percebe-se que os profissionais de saúde têm dificuldades de entender o quanto este processo é difícil e doloroso para as mulheres. A fala das entrevistadas aponta que se houver a preocupação, por parte do gestor e como estratégia de qualificação, de sensibilizá-los para que possam propiciar às mulheres meios/técnicas menos dolorosas para a realização da interrupção da gestação, muito provavelmente este obstáculo se tornaria menos frequente.

Tal posicionamento leva em consideração o fato de que os métodos mais lentos e dolorosos contribuem para causar mais danos às mulheres que vivenciam esta situação, por esta razão, os profissionais de saúde devem procurar em seu agir profissional levar em consideração a fragilidade emocional da mulher que vivencia a demanda pela interrupção da gestação prevista em lei.

Nas situações em que a idade gestacional é superior a 12 semanas, a Norma Técnica de Atenção aos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (MS, 2011) recomenda o uso de analgésicos, petidina ou morfina durante o período de indução do esvaziamento uterino, para alívio da dor provocada pela contração uterina e dilatação cervical. Preconiza ainda que é fundamental que a equipe de saúde garanta alívio apropriado para a dor em cada tipo de procedimento de interrupção da gravidez, pois considera que a inadequação do controle da dor provoca sofrimento desnecessário e injustificado a esta mulher.

A terceira ideia associada, **ausência de informações a respeito do direito ao aborto legal**, permite identificar a necessidade de maior publicização tanto da informação sobre os direitos quanto dos meios de acesso a este, contribuindo para que haja uma democratização deste tipo de informação.

“Eu acho que não são todas as mulheres ainda que conseguem ter o acesso (...) esse fluxo ainda ele é ruim, eu vi que as mulheres aqui que recorreram ao hospital (...) algumas mais esclarecidas conseguiram sem problema nenhum, agora as mais vulneráveis, em situação de extrema pobreza, de falta de esclarecimento tiveram dificuldade de conseguir o aborto legal por terem dificuldade em fornecer uma data em que houve realmente o fato, por falta de esclarecimento não conseguiram o aborto, entendeu?” (AS2c)

Percebe-se, com base na fala das entrevistadas, quanto é necessário que o Estado dê visibilidade a estes serviços, tanto dentro quanto fora da rede de saúde, investindo na divulgação dos mesmos através dos meios de comunicação (internet, jornais, rádios, etc.), proporcionando que toda a população possa ter acesso e conhecimento sobre os serviços para a interrupção da gestação prevista em lei.

A ausência de divulgação dos serviços de interrupção legal da gestação é um fator que dificulta o acesso na opinião das entrevistadas, isto porque tal fato

contribui para que haja uma invisibilidade e um desconhecimento da população sobre este serviço.

Cabe ressaltar que, devido ao fato do setor de saúde ser um espaço privilegiado para a identificação das mulheres e adolescentes em situação de violência sexual e ter o papel fundamental na definição e articulação dos serviços e organizações que, direta ou indiretamente, atendem situações de violência sexual (MS, 2011, p. 35), compete aos gestores de saúde (nas três esferas de governo) o papel decisivo de divulgar os serviços de abortamento legal dentro desta rede (intra e intersetorial) para o público em geral.

Conforme pode ser observado no fragmento abaixo, a maioria das mulheres ainda chega ao serviço de abortamento legal referenciada pela rede de proteção às mulheres em situação de violência de gênero e não porque tinham prévio conhecimento de que o serviço é referência para o atendimento ou porque foram referenciadas por outra unidade de saúde.

“Na minha opinião, está péssimo o acesso (...). A maioria, 99% delas, chegam através da DEAM, através dos juizados especiais, através de defensoria pública (...), Ministério Público e uma outra parte chega por demanda espontânea, mas não por saber que aqui existe o serviço, sabe que aqui tem emergência (...). Às vezes, teve filho aqui, ou alguém conhecido teve filho aqui, ou teve um atendimento ginecológico (...) mas chegam também pelo conselho tutelar (...) não existe uma divulgação, por exemplo, vamos comparar com o programa, sei lá, de tuberculose do município, se perguntar a maioria da população sabe que nos postos de saúde tem o programa de tuberculose, tem a campanha de vacinação, tem o serviço de pediatria, tem os programas de DST, HIV, tem o planejamento familiar, agora não sabem dizer que aqui na maternidade tem um serviço que atende a mulheres vítimas de violência sexual (...).”(AS2a)

Cabe ressaltar que o desconhecimento com relação à existência deste tipo de serviço não é só das usuárias, mas é também de muitos profissionais inseridos no próprio setor de saúde. Por isso, faz-se necessário investir na produção de materiais educativos (cartazes, folders, etc.), contribuindo, desta forma, para instrumentalizar todas as equipes de saúde que atuam nos diversos níveis de atenção à saúde do município, quanto para atuar na atenção às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei, facilitando o acesso destas mulheres ao único serviço de saúde existente na rede municipal de saúde.

Neste sentido, a Norma Técnica de Atenção aos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (MS, 2011) recomenda que

todos os serviços de orientação ou atendimento tenham, pelo menos, uma listagem com endereços e telefones das instituições componentes da rede de saúde, como também dos demais setores que compõem a rede de atenção à mulher em situação de violência e/ou com demanda pela interrupção legal da gestação. Essa lista deve ser do conhecimento de todos os funcionários dos serviços, permitindo que as mulheres tenham acesso sempre que necessário e possam conhecê-la independentemente de situações emergenciais.

A quarta ideia associada, **precarização/fragmentação da assistência**, aponta que a falta de organização, estruturação e oferta deste serviço acabam culminando na revitimização da mulher por ainda não existir um fluxo preestabelecido para este atendimento no município do Rio de Janeiro. Como consequência disto, as mulheres ficam vagando de serviço em serviço à procura de atendimento e, muitas das vezes, acabam se desestimulando e desistem de procurar os serviços legais indo buscar por meios próprios a resolução do seu problema.

“Assim, eu acho que tem a normativa, né? Mas o acesso ainda é muito difícil. (...), por exemplo, pode entrar uma mulher aqui, mas aqui não faz o procedimento, então a gente vai ter que encaminhar para um outro local... é meio complicado (...) não pensam na estrutura, pensam na questão macro, mas e o desdobrar disso tudo, o micro, como é que funciona? Aí a mulher já chega aqui vitimizada, querendo resolver o problema, mas aí a eu digo ‘não, aqui a gente só consegue resolver meio problema, porque a senhora vai ter que ir até tal lugar para tentar resolver o problema total’, aí chega lá, às vezes não tem uma estrutura também e fragmenta mais a história, então, assim, eu acho... claro, tem o avanço (...) mas, eu acho que a gente ainda tá engatinhando aí nessa história.” (AS3a)

Percebe-se a necessidade de se investir na institucionalização dos canais de acesso das mulheres a este direito através da estruturação da rede de serviços voltados para a atenção às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei, percebe-se a necessidade de haver uma melhor articulação entre essa rede de serviços, pois os serviços pouco dialogam entre si.

Conforme prevê a Norma Técnica do Ministério da Saúde:

É preciso também fortalecer a rede de proteção contra a violência por meio de ações intra e intersetoriais, evitando que as pessoas em situação de violência fiquem expostas durante o processo de atendimento nas diferentes instituições. A humanização implica numa relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto. Ela remete

à consideração de seus sentimentos, desejos, ideias e concepções, valorizando a percepção pela própria usuária da situação que está vivenciando, consequências e possibilidades (MS, 2011, p. 33).

Na concepção das entrevistadas, a intervenção eficaz nestas situações requer a realização de ações intra e intersetoriais, pois não adianta o estado ou município criar os serviços se eles não dialogarem entre si, se as equipes envolvidas neste atendimento não receberem suporte para poder ofertá-lo à população com qualidade, se não houver divulgação dos mesmos e se os serviços que são referência para a atenção às mulheres em situação de violência, em sua maioria, não terem condições de oferecer a interrupção da gestação prevista em lei.

“(...) Pelos anos que eu tenho, assim eu vejo que a gente conseguiu caminhar muito, antigamente as pessoas nem sabiam que existia essa possibilidade, hoje em dia essa informação ela está fluindo mais, mas ainda tem muito que se caminhar (...) por outro lado tem mulheres que chegam aqui porque viram na internet (...) ela por conta própria... olha como a informação, a tecnologia também permite que as pessoas tenham acesso (...). Então assim eu acho que a gente vai ter que falar mais sobre... os meios de comunicação devem divulgar mais... as outras políticas públicas devem ser treinadas (...). Pra que isso aconteça, a informação tem que fluir, e assim, o estado ainda peca muito (...) tem que ter comercial na televisão, tem que ter... no jornal tem que ter nota escrita, falando, né? Não pensam em expandir (...) assim na ponta a gente não vê que está se expandindo esse serviço e ninguém está se preocupando em estar dando suporte aos profissionais que estão aqui (...).” (AS2b)

A atenção às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei requer que a intervenção nessas situações seja multiprofissional, interdisciplinar e interinstitucional e se dá através da articulação entre as diferentes áreas e serviços que compõem a rede de proteção às mulheres em situação de violência sexual.

A Norma Técnica preconiza (MS, 2011) que o fluxo e os problemas de acesso e de manejo dos casos em cada nível desta rede devem ser debatidos e planejados periodicamente, visando à criação de uma cultura que inclua a construção de instrumentos de avaliação. Para tanto, é imprescindível a sensibilização de gestores e gerentes de saúde, no sentido de criar condições para que os profissionais de saúde possam oferecer atenção integral às vítimas e a suas famílias e também aos autores das agressões.

Isso envolve a atuação voltada para o estabelecimento de vínculos formalizados entre os diversos setores que devem compor a rede integrada de atenção a vítimas de violência; para a promoção de atividades de sensibilização e capacitação de pessoas para humanização da assistência e ampliação da rede de atendimento; e para a busca de recursos que garantam a supervisão clínica e o apoio às equipes que atendem pessoas em situação de violência (MS, 2011, p. 36).

Contudo, a análise das falas das entrevistadas evidencia que a ampliação da oferta deste serviço não é algo que esteja na pauta das políticas públicas de saúde, pois, além de haver pouca divulgação sobre os serviços, também não se observa a realização de significativos investimentos para a ampliação dos mesmos. As mulheres ainda são obrigadas a fazerem longos deslocamentos dentro do estado do Rio de Janeiro para terem acesso ao único serviço que realiza o abortamento legal.

“(...) se for pensar no Rio de Janeiro enquanto Estado é grande (...) tem o seu peso, hoje o Rio de Janeiro em termos territoriais, em termos de população é um Estado que agrega aí vários indicadores sociais, geopolíticos, econômicos, tem uma unidade que faz o aborto legal no município e aí a mulher vem lá de São Gonçalo, porque lá em São Gonçalo não tem uma rede organizada para que tenha pelo menos uma unidade lá, vem lá da Região Serrana, vem lá Região dos Lagos (...) olha a outra revitimização aí, a mulher viaja para acessar um direito que é seu, viaja lá da região serrana e aí chegou aqui não pode internar naquele dia, muitas vezes o serviço social tem que bater de frente ‘interna ela, porque ela mora lá não sei aonde, ela tá sozinha, não tem onde ficar, não tem dinheiro de passagem’, muitas vezes a gente não consegue isso, então a mulher tem que voltar lá pra Mangaratiba, pra Petrópolis, enfim e vem outro dia e aí entra a situação social, econômica também (...). E vai ela com aquela dor, vai e volta com aquela dor, vai ela com aquele feto que tá ali, que ela não desejou, porque ela não vê como um bebe, ela vê como um feto (...) então aí vai sendo revitimizada, o tempo todo, sofreu o abuso (...) vem pra uma instituição que tem uma violência institucional (...) (AS2a).”

Na opinião das entrevistadas, a atenção ao abortamento previsto em lei ainda não ganhou destaque na agenda da saúde, ainda não é de fato prioridade nem para o poder público e nem para os gestores das políticas públicas de saúde e isto contribui para desmotivar os profissionais de saúde que estão na ponta realizando o atendimento.

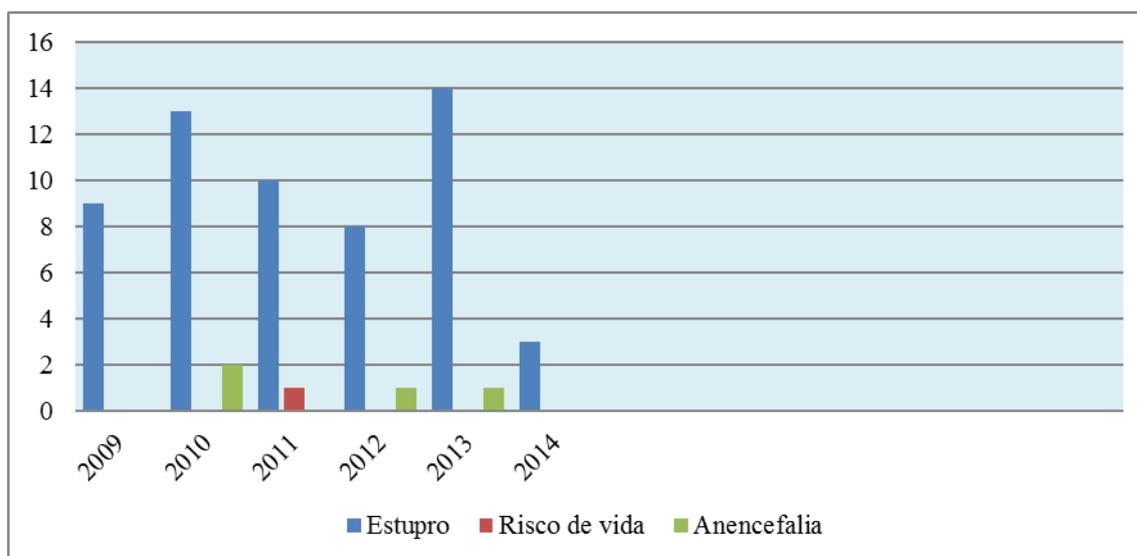
“Na minha opinião, essa questão ainda não está de fato na agenda da saúde. (...) não é uma questão sobre a qual o poder público está olhando de fato, porque se tivesse não ia faltar treinamento, não ia faltar capacitação (...) primeiro que não ia ser só aqui na maternidade, a única do município a ter o aborto legal (...) o

município estaria instrumentalizado, capacitado desde a atenção primária, porque muitas vezes a mulher vai lá no postinho de saúde e aí ‘ah, não sabemos o que fazer’, aí encaminha, fica igual a um pingue pongue (...). Então, não tem um trabalho continuado, aí o município não prioriza como uma das linhas de ação, ‘ah, mas o que tá dando ibope agora é a clínica de saúde da família, então é pra isso que a gente vai se voltar’, é assim que funciona, a real é essa (...). A questão é até que ponto (...) o poder público, seja na esfera municipal, estadual, na união está debruçado sobre essa questão? Ou é porque ‘oh, o ministério público está pressionando pra que tenha um servicinho lá, tem lá um servicinho de aborto legal lá no Rio, uma referenciuzinha’ ou porque de fato esse poder público viu que essa é uma questão que tem que tá na agenda da saúde, tem que tá na agenda das políticas públicas, que as políticas tem que tá juntas pra tá atendendo, pra tá acolhendo, pra tá escutando, pra tá direcionando a demanda ... não existe, não existe... ah, eu fico frustrada (...).” (AS2a)

A análise dos dados estatísticos sobre o número de procedimentos de aborto legal realizados no HMFm aponta que foram realizados 689 atendimentos de violência sexual na unidade no período de janeiro de 2009 a abril de 2014 contra 61 procedimentos de aborto legal realizados neste mesmo período.

Corroborando, assim, com a fala das entrevistadas no que tange à discussão sobre a invisibilidade dos serviços de aborto legal; a existência de um número enorme de subnotificação dos atendimentos de violência sexual que resultam em uma gravidez não desejada no SUS e o impacto disto no cerceamento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres que buscam esta atenção em saúde.

O gráfico abaixo (gráfico 1) demonstra que no referido período apenas 62 procedimentos de aborto legal foram realizados na unidade, sendo que destes, 57 tiveram indicação por gravidez decorrente de estupro, 04 por gravidez de feto anencéfalo e 01 por risco de vida materna.

**Gráfico 1 – Nº de procedimentos de aborto legal realizados no HMFM**

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2014).

Comparando o total de atendimentos de violência sexual e o total de procedimentos de aborto legal realizados por ano no HMFM, observa-se que os procedimentos de aborto legal não chegam a 6% dos atendimentos de violência sexual na mesma unidade de saúde.

Outro fator observado é que o maior número de procedimentos de aborto legal foi em decorrência da gravidez por estupro, entretanto, ainda há uma baixa procura por esses serviços devido ao desconhecimento e a falta de visibilidade acerca deste direito. Em trabalho anterior, Farias (2009) explicita que esta baixa procura está relacionada aos seguintes fatores:

Ao êxito da contracepção de emergência no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual; a carência de divulgação dos serviços de aborto legal tanto pela mídia como na própria rede de serviços de saúde; a subnotificação dos casos de violência sexual que resultam em uma gravidez indesejada; e, por último, o fato de que apesar desse tipo de serviço se constituir em um direito, as mulheres ainda enfrentarem inúmeras barreiras culturais e institucionais no momento que necessitam utilizá-lo, principalmente nas situações de abuso sexual. (Farias, 2009, p. 95)

Galli e Adesse (2005) acrescentam que:

No Brasil, os crimes sexuais ainda são pouco denunciados e o número real de casos é muito superior ao que chega ao conhecimento da Polícia e do Judiciário. O

Ministério da Saúde reconhece que menos de 10% dos casos de violência sexual são notificados na Delegacia. O cenário de violência sexual no país tem graves repercussões para a saúde pública e os direitos humanos das mulheres e adolescentes, apontando para a necessidade de redução das barreiras administrativas e culturais existentes para o pleno acesso aos serviços de saúde e aborto previsto em lei. (Galli & Adesse, 2005, p.1).

O acesso ao aborto legal incide diretamente sobre o (des)respeito à autonomia feminina, e à sua não realização fere a autodeterminação sexual e reprodutiva das mulheres. Percebe-se que os gestores de saúde (na esfera federal, estadual e municipal) não estão cumprindo o seu papel de garantir a efetivação deste acesso, apesar destes terem formulado pactos, planos e políticas visando à ampliação do acesso das mulheres à interrupção legal da gestação, contudo, ainda não se vê a implementação do que foi normatizado. Em suma, o Estado não tem criado de fato mecanismos que assegurem o acesso das mulheres a este direito.

#### 4.2.2.

#### **Orientações fornecidas às usuárias que procuram pelo serviço de interrupção legal da gravidez**

Quanto às orientações fornecidas às usuárias que procuram os serviços de saúde com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei, foi identificado na fala das entrevistadas o seguinte núcleo de sentido: **Orientação Legal, Acesso a Serviços e Fortalecimento da Cidadania**: lugares possíveis (e complementares) do Serviço Social. Associado às seguintes ideias: *Orientações sobre a legislação que ampara a prática do aborto legal e sobre o acesso a este direito; Orientação sobre o fluxo/rotina de atendimento para realização do aborto legal dentro da unidade e encaminhamento para a rede de proteção à pessoa em situação de violência; Orientações sobre o protocolo de atendimento (procedimentos profiláticos, exames, avaliação de risco, direito ao aborto legal e rotina deste atendimento) e sobre questões trabalhistas e benefícios previdenciários.*

Cabe ressaltar que apenas duas profissionais não souberam informar de que forma orientariam essas mulheres alegando não ter experiência neste tipo de atendimento.

“Na verdade, eu ainda não participei de nenhum atendimento (...) eu não sei como se dá esse encaminhamento. **Já leu alguma coisa a respeito?** Não, Não, ainda não.” (AS3a)

“Aqui é muito raro. A gente atende a paciente, vítima de violência sexual, elas fazem o método contraceptivo no ato, mas elas não retornam depois... a gente tem até um acompanhamento muito pequeno, eu acho um curto prazo. Porque a violência pra mim tem um desdobramento muito posterior, vai muito além daquilo que a gente oferece como serviço, ne?” (AS1a)

A análise das entrevistas evidencia que as assistentes sociais buscam incorporar em seu atendimento os parâmetros da Norma Técnica (Ministério da Saúde, 2011) que estabelecem que nestas situações as mulheres com demanda pelo abortamento previsto em lei devem ser informadas, sempre que possível, sobretudo, sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância de cada medida. Sua autonomia deve ser respeitada, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento. Deve-se oferecer atendimento psicológico e medidas de fortalecimento da mulher, ajudando-a a enfrentar os conflitos e os problemas inerentes à situação vivida.

“(...) elas são orientadas a registrarem BO, embora não seja obrigatório, eu faço questão sempre de reforçar essa não obrigatoriedade do boletim de ocorrência, embora em alguns momentos eu acho que possa ser útil porque se tem um agressor na região, se tem um estuprador ali, e uma pessoa que possa ser localizada pela polícia que possa ser presa (...), são encaminhadas para saúde mental...enfim, depende do que a pessoa me traz como questão, se ela me traz, se ela está em situação de rua, ou se o marido dela, o companheiro é o agressor, aí eu já vou dar algum tipo de orientação, se ela deseja ir para um abrigo (...) a gente orienta sempre com relação à rotina para que aconteça o aborto legal, a rotina da violência qual é, a rotina institucional e a gente oferece um suporte de atendimento depois também pra ficar acompanhando ela.” (AS2c)

Na análise sobre a abordagem do serviço social foi possível observar a existência de uma vasta diversidade de informações que vão desde orientações sobre aspectos legais, protocolo e fluxo de atendimento, direitos previdenciários e trabalhistas até o empoderamento desta mulher. E muito embora algumas destas

informações não se restrinjam apenas à dimensão legal, constatou-se que em todas as falas esta dimensão foi valorizada.

A primeira ideia associada, *orientação sobre a legislação que ampara a prática do aborto legal e sobre o acesso a este direito*, nos remete à noção de que em sua atuação profissional as entrevistadas buscam instrumentalizar e empoderar as usuárias acerca dos seus direitos, enfatizando o respeito à sua autodeterminação sexual e reprodutiva.

“(...) Mas o que eu tento passar, que foi um caso só, de anencefalia (...) não só referente ao aborto, mas qualquer tipo de direito referente à pessoa eu gosto de falar da lei (...) especificando direitinho pra dizer pra ela que é um direito dela de optar por isso, que ela não tá fazendo nenhum crime, isso é muito importante porque há uma pressão, como a gente falou, da sociedade, da família (...) dizendo que está matando um ser humano, então, a gente coloca isso (...) que ela é a dona do corpo dela, então ela tem o direito de fazer essa opção (...)” (AS1c)

E isto significa, em algumas situações, que o serviço social é instado a intervir junto à equipe de saúde para que a realização deste atendimento ocorra conforme prevê a Norma Técnica (2011) e, nos casos das unidades de saúde que só atendem as situações de violência contra a mulher, mas não realizam o abortamento legal, é garantir que no mínimo estas possam ser encaminhadas para o serviço que realiza tal procedimento no município.

“(...) como a gente não realiza esse tipo de trabalho, né? Eu encaminharia para onde eu sei que poderia ser atendido e fazer, que seria na maternidade Fernando Magalhães. A não ser no caso de anencéfalo, né? Porque aqui como já se realizou, que eu tenha conhecimento de uns dois casos, poderia estar vendo esse caso junto à equipe, né?” (AS1d)

De acordo com Vasconcelos (2003), pode ser explicada porque (as) assistentes sociais em sua atuação visam contribuir para a transformação de um direito legal em um direito real, na busca de radicalização da democracia. Contudo, para que isto ocorra, é necessário que haja, por parte deste, um trabalho pensado, consciente e não apenas compaixão pelo sofrimento vivido pelo(a) usuário(a). Dito de outra forma, é ter um comprometimento com a efetivação dos direitos destas mulheres, independentemente se na unidade de saúde em que ele(a) atue realiza ou não o aborto legal.

“(…) pra gente é muito novo. Nunca atendi uma situação assim, entendeu? (...). **Mas se por ventura, chegasse hoje aqui uma mulher com uma demanda por aborto legal, você saberia como orientar?** A gente ia falar um pouco da questão da lei, que é permitido, como é permitido, onde é possível fazer o procedimento... essas orientações, porque na verdade, assim, a gente não faz aqui na unidade, então é a questão mesmo da orientação, do esclarecimento, mas acho que um atendimento mais detalhado acho que o profissional que está... onde está realizando isso acho que pode estar fazendo. Agora não dá pra pegar essa demanda e ficar olha ‘isso eu não consigo resolver, então você vá...’ Mas não, acho que o esclarecimento é obrigação nossa fazer.” (AS3a)

Tal entendimento é endossado por Costa (2007), quando esta afirma que o trabalho realizado pelo serviço social é de extrema relevância e importância para a consolidação do SUS.

A realidade parece negar o discurso profissional quanto ao não reconhecimento da utilidade e da eficácia da ação dos assistentes sociais como parte do conjunto das práticas profissionais voltadas para o alcance dos objetivos da política de saúde no contexto de implementação do SUS. Todavia, o modelo médico-hegemônico, ao centrar suas ações nas atividades da clínica médica curativa individual, secundariza e desqualifica as ações e atividades profissionais que não se constituem objeto de práticas privilegiadas por esse modelo assistencial, como é o caso das ações de educação, informação e comunicação em saúde e das atividades de categorias profissionais, como: **assistentes sociais** (grifos nossos), nutricionista, sociólogos e, em certa medida, psicólogos. Portanto, somente uma análise mais apurada, buscando recompor tais atividades e suas conexões com os objetos e objetivos do SUS, pode dar visibilidade à qualificação técnica que esse trabalho ocupa, no interior do processo de trabalho em saúde (Costa, 2007, p. 40).

A segunda ideia associada, *orientação sobre o fluxo/rotina de atendimento para realização do aborto legal dentro da unidade e encaminhamento para a rede de proteção a pessoa em situação de violência sexual*, aponta para a incorporação dos princípios de interdisciplinaridade e intersetorialidade na atenção às mulheres com esta demanda.

Em suas falas, as profissionais entrevistadas ressaltam a importância de informar às mulheres sobre o passo a passo do processo para realização da interrupção da gestação (explicação sobre os exames a serem realizados, sobre a profilaxia para DST e HIV/AIDS, orientação sobre as reações do corpo durante o processo pré e pós-abortamento, reiteram a importância do apoio psicológico), além de informá-las e orientá-las sobre os demais serviços que compõem a rede de atenção voltada para atender e acolher as mulheres que são vítimas de violência

sexual e engravidam em decorrência destas (Centro Integrado de Atendimento à mulher- CIAM Márcia Lyra, Centro Especializado de Atendimento a Mulher em Situação de Violência Doméstica- CEAM Chiquinha Gonzaga, Conselho Estadual de Direitos da Mulher- CEDIM, Delegacia Especializada em Atendimento a Mulher - DEAM, CONSELHO TUTELAR, Núcleo Especial de Defesa dos Direitos da Mulher - NUDEM, Juizado Especial de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher, Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, etc.) e os serviços de saúde existentes na Atenção Básica para que ela possa dar continuidade às consultas subsequentes ou receba demais cuidados em saúde na unidade mais próxima de sua casa.

“(...) Aí tem muitas, se chega aqui sem uma orientação com relação aos seus direitos legais mesmo, acesso ao DEAM, registro de ocorrência, juizados, defensoria pública, tem um núcleo na defensoria publica que é o Núcleo de Defesa das Mulheres Vítimas de Violência (...) além desse acompanhamento mais jurídico, eles têm um acompanhamento social, psicológico e aí eu também tenho muito cuidado com essa sobreposição de ações (...) às vezes a orientação é também para o profissional que é de um outro local e tem vários serviços que a gente acessa, CEDIM, e além desses mais específicos tem programas, e eu tô falando, assim, de forma bem ampla, direitos e benefícios sociais, as vezes a gente descobre que é uma mulher superpauperizada, que tá ali com não sei quantos filhos ‘ah! Vamos aproveitar e encaminhar você para um planejamento familiar... vamos aproveitar e ver como tá... você acessou o bolsa família, não acessou’, não sei quantas crianças fora da escola, então nós do serviço social, a gente tem essa formação para tentar ver essa totalidade, né? (...). (AS1d)

As assistentes sociais, em suas falas, enfatizaram a necessidade de se adotar nestas situações uma abordagem profissional que privilegie uma atuação intra e intersetorial, partindo da ótica de que a resolução da questão da violência contra a mulher e de seus desdobramentos, devido ao seu alto grau de complexidade, não é tarefa apenas do setor de saúde por conta da sua magnitude e do seu impacto na vida destas mulheres.

Partindo deste princípio, Cavalcanti et al (2008) ressalta que as intervenções nestas situações demandam a construção de redes intersetoriais, incluindo redes interinstitucionais, onde cada setor possa oferecer o que tem de melhor de sua atuação. Segundo ela, no caso específico do setor saúde, é necessário que os serviços de saúde, ao abordarem o problema, devam estabelecer com cada mulher uma escuta responsável, expondo as alternativas disponíveis, em termos de

acolhimento e intervenção, visando auxiliá-las na tomada de decisão frente à interrupção da gestação.

Outro ponto observado é que as orientações acerca dos direitos e serviços relacionados ao direito das mulheres à interrupção da gestação prevista em lei e os demais direitos e benefícios correlatos nos serviços estudados, predominantemente, vêm sendo realizados apenas pelo serviço social. Abrindo, assim, precedentes para os seguintes questionamentos: nos plantões onde não há ninguém da equipe de serviço social, como fica essa questão da orientação das mulheres sobre seus direitos? Quem assume a incumbência de orientá-las?

A partir da fala das entrevistadas, constata-se que a equipe de serviço social acaba acumulando atribuições e funções neste atendimento que deveriam ser realizadas não apenas por um profissional de uma categoria específica, mas, sim, por todos os que integram a equipe referenciada pelo MS para realização deste atendimento.

(...) Muitas vezes somos nós do serviço social que orientamos o que é o aborto legal, como é o procedimento técnico. (...) elas ficam ‘mas o que vão fazer comigo? Vão abrir minha barriga pra tirar?’, porque não sabem, não foram orientadas nem pela enfermagem, nem pelo médico, (...) a gente que meio que orienta, de forma bem geral, porque eticamente a gente não pode nem fazer isso, né? (...) não é específico da nossa área, mas infelizmente somos nós que nos debruçamos sobre isso (...) passar pra ela a segurança de que o aborto legal é um aborto permitido em lei (...) e o hospital tem que dar conta disso (...) essa deveria ser uma atribuição de todos os profissionais, mas acaba que nós do serviço social é que mais fazemos isso (...) eu procuro tá orientando o que é o aborto legal, que está estipulado em lei, em que situações ele acontece, que ela não é obrigada, que é uma decisão que só cabe a ela, que ela é o sujeito do seu corpo (...) meio que sinalizo que pode existir por parte de outros profissionais algum tipo de preconceito, mas que eu vou estar acolhendo, qualquer situação pra tá falando, porque elas falam comigo ‘olha, no plantão de ontem, aconteceu isso, isso e isso’ aí eu vou lá na chefia do plantão e falo ‘oh, a situação tá complicada’, eu tenho muito essa coisa de ir no outro profissional e tentar desconstruir essa imagem muito negativa do aborto legal, porque mesmo sendo legal a imagem é, de forma geral, é péssima. (AS2a)

De acordo com os parâmetros estabelecidos pela Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (MS, 2011), **todos os profissionais de saúde devem estar conscientes das necessidades e preocupações das mulheres, devem informá-las sobre os procedimentos que serão realizados, bem como orientá-**

**las sobre todas as opções que o serviço dispõe e que elas têm direito** (grifos nossos).

Assim sendo, a Norma Técnica recomenda que o atendimento às mulheres com demanda pelo abortamento legal deve ser realizado através de ações multiprofissionais, interdisciplinares e interinstitucionais. Contudo, o que é possível perceber na prática é que a responsabilização pela realização destes encaminhamentos e pela socialização destas informações e direitos, nos serviços de saúde estudados, ainda é muito centrada na figura das assistentes sociais quando deveria ser de responsabilidade de todos os profissionais de saúde inseridos neste atendimento.

Este tipo de postura, muitas vezes, representa um não reconhecimento da violência sexual e de seus desdobramentos como uma questão de saúde pública por parte dos demais profissionais envolvidos, que ainda se deixam levar por suas questões morais e pessoais durante a realização do atendimento. Este ato de negligenciar a oferta de informações e orientações pode ser encarado como uma violação do direito destas mulheres de terem acesso ao conhecimento sobre seus direitos sexuais e reprodutivos.

Já a terceira ideia associada, *orientações sobre os procedimentos profiláticos, exames, avaliação de risco, direito ao aborto legal e rotina deste atendimento, orientação sobre questões trabalhistas e benefícios previdenciários*, destaca a preocupação das assistentes sociais em ter uma visão integral e ampla desta mulher.

É ir além das informações concernentes às questões clínicas e profiláticas, mas é também considerar a importância da realização da avaliação de risco, é pensar na necessidade de instrumentalizá-las sobre seus direitos não só no âmbito da saúde, mas também acerca das demais políticas sociais, e, por fim, pensar nos desdobramentos disto na vida pessoal e profissional destas mulheres.

É levar em consideração a complexidade deste acontecimento na vida destas mulheres. É se pensar no antes, no durante e no depois deste acontecimento e o impacto disto para a saúde física, emocional e social destas, é pensar no impacto disto no seu cotidiano.

“(...) Quando ela já chega grávida, não dá mais tempo de a gente fazer a profilaxia, mas a equipe que tá lá na emergência tem por obrigação estar pedindo exames pra

saber se ela foi infectada por alguma doença, acompanhar... porque além da gravidez, ela pode ter pego AIDS, ter pego alguma DST desse agressor, então você tem que pedir os exames, você tem que orientar a pessoa em relação a isso (...). No serviço social, falando da nossa praia, quando eu atendo a mulher, o que eu penso de cara? Há riscos de acontecer novamente essa violência, meu olhar vai apontando nesse sentido. Ela vai me contar a história de como aconteceu, nessa história esse agressor é conhecido? É o companheiro? (...) Há necessidade de eu colocá-la em um abrigo? Há necessidade de proteção aos outros filhos? Então, assim, a gente vai, começa por aí (...) Porque a intenção é tentar construir minimamente uma rede de suporte a ela, porque ela já sofreu muito e esse sofrimento, depois do aborto, ele vai continuar. Não é achar 'ah já fiz o aborto, já resolvi minha vida, tudo bem', não, né? Há necessidade de eu entrar em contato com o trabalho? Às vezes a mulher estava indo para o trabalho e foi estuprada. E não foi feita comunicação de acidente de trabalho. (...) A gente já pegou mulher vítima de violência sexual que foi violentada dentro do local de trabalho, não foi um caso só não, foram vários e engravidou desse estupro e não quer mais voltar para aquele emprego. E tem que ter um suporte dessa empresa sim, ela tem uma responsabilidade para com essa mulher. (...) Aqui a gente explica, olha, você passou pelo enfermeiro que deu o primeiro atendimento, após sair do serviço social, né? Vai ser oferecido pra você a consulta com o psicólogo e com o médico, esse médico vai avaliar o seu estado de saúde se há necessidade de pedir algum exame pra você (...), primeiro ele vai avaliar se é um caso ou não de interrupção da gravidez (...), vai pedir ultrassom, vai tentar fazer um link se a idade gestacional bate com a data em que ocorreu o estupro, se realmente aquela gravidez foi decorrente do estupro e vai marcar a data pra ela internar. (...) se por acaso aquela gravidez não foi decorrente do estupro, não for possível interromper ou se ela já estiver com a gravidez muito adiantada e não dá mais tempo, o que você vai fazer em relação a essa criança? (...) o serviço social vai discutir isso com ela. Se o bebe vai pra adoção, se já pensou nessa possibilidade ou se você vai criar essa criança, né? Se for pra adoção é a gente, somos nós assistentes sociais que vamos encaminhar relatórios, enviar pro juizado, aí eu vou explicar tudo pra ela, como é que é a adoção, como é que é o procedimento, explicar até que ela pode voltar atrás se ela quiser, né? (AS2b)

Desta forma, a postura adotada pelas assistentes sociais vai ao encontro do que ressaltam Adesse e Almeida (2006) quando estas afirmam que as mulheres que vivenciam uma situação de violência necessitam ser atendidas nas unidades de saúde com respeito e acolhimento e devem ser bem informadas sobre seus direitos, para que, então, possam fazer escolhas conscientes em relação à decisão que irão tomar em relação à gestação fruto da violência.

Villela e Barbosa (2011) salientam que a falta de acolhimento adequado no serviço de saúde e de uma abordagem profissional eficiente e resolutiva não pode ser constituir em mais um fator de sofrimento e preocupação para essa mulher.

Constata-se nos serviços estudados uma carência deste olhar mais qualificado que leve em consideração a complexidade deste fenômeno e a importância da socialização das informações concernentes ao direito das mulheres à interrupção da gestação, durante a realização deste tipo de atendimento.

Quando a socialização destas informações e orientações não acontece de forma adequada, muitas mulheres acabam não tendo acesso aos seus direitos e nem tendo sua vontade respeitada, sendo obrigadas a levar a gestação a termo contra sua própria vontade.

#### 4.2.3.

#### **Conhecimento sobre os aspectos éticos relacionados à viabilização do direito das mulheres ao aborto legal**

No que concerne ao entendimento das assistentes sociais entrevistadas sobre os aspectos éticos relacionados à viabilização do direito das mulheres à interrupção da gestação prevista em lei, a fala das entrevistadas permitiu identificar o núcleo de sentido: **Ética Profissional x Ética Moralizante**. Tendo como ideias associadas: *respeito à liberdade de escolha da mulher; repúdio ao julgamento de valores e/ou tratamento discriminatório durante o atendimento; e a observância aos aspectos éticos preconizados no código de ética do serviço social, na legislação brasileira e nos princípios e diretrizes do SUS em relação ao direito ao aborto legal.*

Cabe ressaltar que, das nove assistentes sociais entrevistadas, apenas uma não soube responder esta pergunta.

A análise da fala das entrevistadas demonstra a urgência da discussão sobre a questão ética na área da saúde, uma vez que se identificam inúmeras dificuldades existentes na postura dos profissionais de saúde em dissociarem suas convicções pessoais da sua prática profissional.

Matos (2013) salienta que a ética é importante para o desvelamento daquilo que aparentemente está cristalizado, pois quando ela é concreta - permite que se materializem escolhas e posicionamentos acerca de algumas questões e realização de projetos, que expressam a adoção de determinados valores – ela é ação; e toda ação, sobretudo, quando consciente muda o curso das coisas e fatos. Em outras palavras, o exercício da ética nos permite a mudança de mentalidade e de postura diante das situações que o cotidiano profissional impõe.

A análise da fala das entrevistadas evidencia que os profissionais de saúde, em especial os médicos e enfermeiros, têm dificuldades de fazer separação entre seus preceitos morais pessoais de sua esfera profissional, principalmente quando o assunto em questão é a viabilização do acesso das mulheres ao direito à interrupção da gestação prevista em lei e à autodeterminação sexual e reprodutiva das mulheres.

“Os aspectos éticos, eu acho que infelizmente hoje ainda existe muito preconceito, né? A gente vê, infelizmente nas unidades, quando chega a mulher, que às vezes não só falando do aborto legal, mas do outro aborto também, dos outros profissionais, da forma como eles tratam, né? E já se questionou até muito dos nossos relatos, que a gente não coloca isso que foi um aborto, os médicos sempre questionam, já teve até reunião com relação a isso, a gente fala sobre a nossa ética, nossa ética profissional, nosso sigilo (...) a gente sabe que infelizmente as outras profissões não têm essa visão que a gente tem enquanto assistente social, de olhar o todo, o que levou aquela mulher a fazer aquele aborto (...), então olha só ali, a parte clínica, não olha ela como um todo (...).” (AS1c)

Observa-se que, nestas situações, a prática dos profissionais de saúde ainda esta permeada pela interferência de valores morais, éticos e religiosos, apesar da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (MS, 2010) preconizar que nas situações de abortamento legal:

O processo de acolhimento e orientação profissional tem de ser livre de julgamentos ou valores morais. Desse modo, relativizar crenças e atitudes culturalmente enraizadas também por parte dos profissionais é essencial para a condução de uma saúde pública genuinamente integral, universal e igualitária (MS, 2010, p. 15)

Ainda reitera que:

É de fundamental importância que os profissionais de saúde em sua atuação cotidiana reconheçam que a qualidade da atenção almejada inclui aspectos relativos à sua humanização, incitando profissionais, independentemente dos seus preceitos morais e religiosos, a preservarem uma postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres (MS, 2010, p.11).

Sendo assim, atender a solicitação da interrupção da gravidez pós estupro é incorporar em seu agir profissional o respeito aos princípios fundamentais da

Bioética<sup>16</sup> que regem esta atuação e estão contidos na Norma Técnica do MS, são eles:

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 (MS, 2011).

Westphal (2009) ressalta que os profissionais de saúde e demais operadores das políticas públicas voltadas para a atenção às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei não podem negar a estas mulheres a prestação dos serviços que o Estado oferece a ela. Pois este mesmo Estado que dá direito à prestação desses serviços de atendimento à interrupção de um aborto legal, é o mesmo que concede à mulher uma prioridade, ou seja, reconhece à mulher um direito que deve ser garantido e efetivado.

A primeira ideia associada, *respeito à liberdade de escolha da mulher*, observada na fala das entrevistadas, nos remete a uma visão mais emancipatória dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, à defesa de sua autonomia e ao entendimento destas enquanto cidadãs/sujeito de direitos.

“Eu acho que o primeiro aspecto ético é a liberdade, é o parâmetro mais forte, ela tem o direito, ela tem a liberdade de fazer. Acho que o que não é ético é do Estado não favorecer a liberdade a esse direito dela (...) eu acho que a gente não respeita essa liberdade da pessoa escolher, pela dificuldade que a gente cria no sistema (...). Porque você sabe o quanto é difícil pra uma mulher enfrentar uma gravidez fruto de um estupro, enfrentar uma gravidez de um bebe anencéfalo ou um outro problema, quanto isso vai custar pra família?... então, assim, a burocracia, a

<sup>16</sup> “A bioética aborda questões básicas sobre o gerenciamento humano, institucional e social do nascimento, da doença e da morte. A bioética apresenta linguagem e conceitos que expressam ideias sobre condutas corretas na atenção médica e na política de saúde. Os conceitos de bioética qualificam as pessoas e as instituições para reagirem contra a conduta e as observações de outras pessoas, através de uma linguagem comum, e a incentivarem e se envolverem em amplas discussões públicas sobre os fins e os meios, na medicina e na atenção à saúde. Os rivais podem ver uns aos outros como seguidores de raciocínio éticos diferentes, ao invés de considerarem antiéticas as pessoas com ideias divergentes” (COOK; BERNARD; FATHALLA, 2004, p. 67-68)

dificuldade que o sistema ocasiona, provoca, eu acho que difere eticamente do direito dela, da liberdade dela escolher.” (AS1b)

Segundo Westphal (2009), apesar de o ordenamento jurídico brasileiro preconizar que a mulher grávida em decorrência de uma violência sexual pode optar pela interrupção da gestação, o que se observa é que muitos serviços de saúde pública não têm efetuado e nem respeitado o serviço de atenção devido à falta de engajamento dos profissionais de saúde da rede pública na implantação dos serviços de atendimento às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei, e também a ausência de empenho político dos gestores de saúde.

O excesso de burocracia observado durante o processo de assistência ofertado às mulheres com demanda pela interrupção da gravidez prevista em lei também é outro fator apontado enquanto uma questão antiética pelas assistentes sociais entrevistadas. Observa-se a necessidade do enfrentamento de tal prática, uma vez que esta contribui para que haja a perda do prazo para a realização do procedimento, e, em outras situações, cooperar para fragilizar ainda mais estas mulheres, contribuindo para que elas se desestimulem e abram mão de realizar a interrupção da gestação nos serviços de referência.

Já no que concerne à humanização no atendimento, a Norma Técnica (2011) estabelece que para evitar que a usuária tenha de ir repetidas vezes ao serviço de saúde, os responsáveis pela organização deste serviço nas unidades de saúde devem criar um fluxograma de modo a dar agilidade e resolutividade à sistemática de atendimento. De igual modo, as ações desenvolvidas neste sentido devem evitar que a usuária tenha de repetir sua história para os diferentes profissionais da equipe, a equipe deve propor formas de registro unificado que reúna as observações específicas de todos os profissionais envolvidos.

“(…) acho que o respeito, né? Acho que é a base de tudo (...), porque assim a mulher já está tão vitimizada (...). Ao ter coragem de chegar num hospital pra poder falar um pouco da história dela e se você pega e banaliza isso (...) acho que esse aspecto que a gente tem que ter é respeito pela pessoa, informar mesmo os direitos que “é possível” e não vitimizá-la ainda mais do que ela já foi dentro de todo um contexto.” (AS3a)

A referida Norma Técnica também destaca que, neste tipo de atenção em saúde, o princípio ético do sigilo deve ser considerado pelos profissionais que irão prestar tal assistência, pois o atendimento na rede de saúde, por vezes, pode ser a primeira oportunidade de revelação de uma situação de violência.

A possibilidade de diagnosticar a situação deve ser valorizada pelo profissional, fazendo as perguntas adequadas e investigando hipóteses diagnósticas. O compromisso de confiança é fundamental para conquistar a confiança necessária não só à revelação da situação como à continuidade do atendimento. O sigilo no atendimento é garantido, principalmente, pela postura ética dos profissionais envolvidos e isso inclui o cuidado com a utilização de prontuários, anotações, e a adequação da comunicação entre a equipe (MS, 2011, p.32)

A segunda ideia associada, *repúdio ao julgamento de valores e/ou tratamento discriminatório durante o atendimento*, faz alusão à observância de uma postura antiética presente no tratamento discriminatório a que, infelizmente, as mulheres que procuram os serviços de saúde no Brasil ainda são submetidas. A evidência da ocorrência deste tipo de tratamento discriminatório demonstra a permanência de uma postura equivocada por parte de alguns profissionais de saúde inseridos nos serviços de referência para a realização do aborto legal.

“(...) o atendimento tem que estar pautado no que a lei está ponderando e a questão ética tem que ficar como discussão (...) o atendimento ele tem que estar livre dessas questões de julgamentos.” (AS1a)

Tal postura é prejudicial para a saúde das mulheres e se constitui enquanto uma violação do seu direito à saúde. Isto acontece porque este tratamento discriminatório, baseado em julgamento pessoal de valores, acaba por estigmatizar e, em algumas situações, até desencorajar e/ou desmotivar as mulheres a procurarem os serviços de saúde que ofertam tal atenção. Essa postura preconceituosa evidencia a culpabilização da mulher pela violência sofrida, contribuindo, assim, para que haja a sua revitimização.

Conforme salienta Westphal (2009), o exercício pleno dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos só ocorre quando as pessoas gozam do direito de serem livres de discriminação, coerção e violência. O não acesso das mulheres à

interrupção da gestação prevista em lei representa para estas a violação ao seu direito à integridade física, à liberdade e à segurança pessoal.

A prática do tratamento discriminatório e preconceituoso contra a mulher é vista por alguns profissionais como uma forma de punição por elas terem optado pela interrupção da gravidez ao invés de levarem a gestação a termo.

Villela e Barbosa (2011) ressaltam que isto acontece, porque as concepções morais dos profissionais que deveriam prestar assistência às mulheres grávidas em decorrência de um estupro interferem em suas práticas, representando um real obstáculo ao acesso destas mulheres ao aborto permitido por lei. Para estas autoras:

Tais concepções tanto tomam como fundamento último o preconceito em relação ao exercício da sexualidade pelas mulheres quanto o atualizam e o reiteram, contribuindo para que a interrupção da gravidez continue sendo uma prática cuja aceitação pela sociedade é ambígua (Villela & Barbosa, 2011, p. 86).

Pimentel (2007) acrescenta que tal postura é injustificada já que a legislação nacional entende que, nos casos permissivos sobre o abortamento, não seria aceitável punir criminalmente uma mulher que já sofreu a dolorosa dor de uma violência sexual, uma vez que isto significaria submetê-la a um tratamento desumano e degradante. Sendo assim, ao agirem desta forma, os profissionais de saúde acabam por cometer contra estas mulheres outra violência, a violência institucional.

Neste contexto, vale destacar que a recusa dos profissionais da rede pública de saúde para realizar o procedimento previsto em lei constitui uma violação dos direitos humanos da mulher. Por tanto, negar à mulher o acesso ao procedimento de interrupção de uma gravidez legal é uma forma de desrespeito às leis e regulamentações que o Estado brasileiro adotou (Westphal, 2009).

De acordo com Cook et al (2004), cabe ao Estado brasileiro, por meio da força da lei, fazer valer o que está previsto nas políticas públicas acerca da proteção aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres com demanda pelo abortamento legal.

Um Estado é responsável, no mínimo, por exigir de seus fornecedores de serviços de saúde que garantam às mulheres acesso razoável a serviços de aborto seguro [...]

na medida em que suas leis permitam. [...] o Estado pode considerar que uma política nacional deve ser expressa em forma de uma lei que equilibre mais adequadamente as limitações sobre o aborto, considerando os diversos direitos das mulheres, relativos ao acesso a serviços de saúde seguros e humanos, necessários para proteger suas vidas e sua dignidade, sua segurança e sua liberdade (Cook; Bernard; Fathalla, 2004, p. 176).

Ainda segundo as referidas autoras, quando o Estado não realiza o seu papel de coibir essas atitudes discriminatórias dentro dos serviços de saúde, ele acaba tendo corresponsabilidade na ausência da efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, já que tal atitude discriminatória incide em prejuízos à liberdade sexual e à segurança de saúde destas, além de comprometerem a qualidade do atendimento prestado.

Se os governos e as agências para as quais eles delegam a responsabilidade de administrar os serviços de saúde falham no fornecimento das condições necessárias para proteger a saúde sexual e reprodutiva, os Estados podem ser considerados responsáveis pela negação do direito à liberdade e à segurança da pessoa (Cook; Bernard; Fathalla, 2004, p. 168)

Nas situações de abortamento previsto em lei, as Normas Técnicas do MS (2010, 2011) estabelecem que o atendimento nos serviços de saúde deve priorizar o acolhimento, a escuta respeitosa, a garantia do sigilo e a não realização de julgamento de valor durante o atendimento, uma vez que tais aspectos se constituem enquanto condição primordial para que a atenção a esta mulher se dê de uma forma humanizada. Tal fato está em consonância com o entendimento que as assistentes sociais entrevistadas possuem sobre o ponto de vista ético deste atendimento.

“Eu entendo que tem que se respeitar a decisão dela, a escolha dela, o sofrimento que ela tá passando, determinados comentários não cabem (...). Vou te dar um exemplo: Uma mulher que engravidou de um companheiro que é agressor e que já vem batendo nela há 500 mil anos, né? Aí ela vai e engravida desse homem, eu poderia estar questionando ‘porque você tá com esse homem esse tempo todo? Você não deveria estar com ele... viu o que aconteceu? Você acabou engravidando dele’, isso eu tô impondo o quê? O meu juízo de valor pra ela, eu não tô entendendo a dificuldade que ela tá passando, de romper com essa relação, né? A fragilidade dela, que às vezes não é nem só financeira (...) às vezes ela tem até condição de se manter sozinha, mas ela emocionalmente não consegue se desvincular dele (...) eu tenho que primeiro compreender, entendê-la pra poder refletir com ela e pensar uma alternativa lá na frente e só vou compreender se eu

tiver ética, ética no sentido de não pré-julgar, de não impor o que eu acho que é melhor pra vida dela, então... eu entendo dessa forma (...).” (AS2c)

A concepção de acolhimento prevista pelas Normas Técnicas do MS pressupõe que se receba e escute as mulheres com demanda pelo aborto legal com respeito e solidariedade, buscando formas de compreender suas demandas e expectativas.

Ressalta ainda que a postura ética do(a) profissional, no caso da violência contra a mulher por parceiro íntimo, deve ser a de ajudar a vítima a estabelecer um vínculo de confiança individual e institucional para avaliar o histórico da violência, os riscos, a motivação para romper a relação, os limites e as possibilidades pessoais, bem como seus recursos sociais e familiar (MS, 2011).

Outro ponto a ser salientado na fala das assistentes sociais é o fato de muitos profissionais colocarem em xeque a veracidade do relato das mulheres que procuram os serviços de saúde com a demanda pela interrupção da gestação pós-estupro, conforme observado na fala abaixo:

“(...) eu entendo que não me cabe julgar se ela está mentindo ou não sobre o fato... eu acolho, eu escuto e faço a minha... o meu relatório (...) procuro não colocar nenhum juízo de valor ali, eu relato fatos e procuro ter uma abordagem respeitando o que aquela pessoa me traz ali como questão (...), no que envolve aspectos éticos, eu acho que a gente sempre tem que ter cuidado ao falar dos seus próprios valores, do que você acredita, do que não acredita (...) eu acho que nosso papel é ouvir e orientar com relação aos direitos dessa pessoa.” (AS2c)

Constata-se a existência de uma postura preconceituosa por parte de alguns profissionais de saúde que não dão crédito às afirmações das mulheres quanto ao estupro, isto ocorre devido ao desconhecimento destes em relação ao que prevê a legislação e as Normas Técnicas do MS.

Neste sentido, a Norma Técnica (2011) destaca que o Código Penal brasileiro afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência deve ter credibilidade, devendo ser recebida como presunção de veracidade e ainda ressalta que o objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde e que por este motivo não cabe ao profissional de saúde duvidar da palavra da vítima, pois esta postura só agravaria ainda mais as consequências da violência sofrida pela mulher. Os profissionais de

saúde devem ter em mente que seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à Polícia ou Justiça.

Soares (2003) e Farias (2009) pontuam que os profissionais de saúde adotam uma atitude ambígua em relação à realização da interrupção da gestação prevista em lei. Segundo as autoras, estes se mostram mais favoráveis e tolerantes à realização da interrupção da gravidez quando está colocada em risco a vida da mulher ou em casos de gestação de feto anencéfalo, já nos casos de gravidez resultante de estupro os mesmos tendem a ter uma postura contrária à realização deste tipo de procedimento.

Para Villela e Barbosa (2011), esta diferença de postura diante da garantia deste direito demonstra o quanto os profissionais de saúde muitas vezes subordinam sua prática às suas crenças e ideologias morais. As autoras reiteram que:

É evidente que não se pode supor qualquer ação profissional ou humana fora das orientações morais do indivíduo, no entanto, todo profissional de saúde, ao assumir sua atividade, compromete-se a aplicar sua capacidade e seu conhecimento técnico para aliviar o sofrimento do outro, independentemente de sua avaliação moral do comportamento que produziu o sofrimento. (Villela & Barbosa, 2011, p. 83).

Tal conduta evidencia a existência de uma forte influência de fatores culturais (machismo e patriarcalismo) em nossa sociedade que legitimam a prática do abuso sexual contra a mulher e que também podem ser observadas na conduta de alguns profissionais de saúde. A imposição da maternidade reflete a perpetuação da lógica do domínio sobre o corpo da mulher e se constitui como uma violação de seus direitos humanos, principalmente nos casos de abuso sexual.

Segundo Villela e Barbosa (2011), esta concepção baseia-se:

Na recusa destes profissionais em reconhecerem que os corpos femininos são habitados por sujeitos morais, sexuados e desejantes, pois assim como os homens, as mulheres também têm o direito à prática de uma relação sexual consentida, em outras palavras, ao livre exercício da sua sexualidade (Villela & Barbosa, 2011, p. 85).

A atuação profissional na atenção às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei requer uma postura imparcial e equânime

que incorpore os preceitos éticos contidos nas Normas Técnicas do MS (2010, 2011), visando à garantia da viabilização dos seus direitos enquanto cidadãs, conforme observado na fala a seguir:

“(...) Quando eu falei da questão que elas me perguntam ‘você faria?’, eu tenho minha formação religiosa e tenho o que eu sigo o que eu acredito e em nenhum momento, nenhum atendimento (...) eu passei pra qualquer usuária a minha opinião pessoal (...) o que eu sempre passo pra elas é que é um direito, está previsto hoje em serviço, na saúde pública, é um direito que você tem, enquanto mulher que foi vitimizada, que sofreu uma relação que não foi consentida, é um direito seu. Não importa quando elas perguntam ‘ah você faria ou não faria?’ não importa a minha opinião, você tem que decidir, o meu papel aqui é te orientar o que significa esse aborto legal, porque aborto legal (...) você tá decidindo pelo seu direito, porque você é um sujeito e tá decidindo pelo seu corpo e existe aí um aspecto legal que já está garantido por lei, então, você vai sair daqui e não vai ser criminalizada, não vai ser responsabilizada, enfim, você tem direito a esse acesso (...).” (AS2a)

A terceira ideia associada, *observância aos aspectos éticos preconizados no código de ética do serviço social, na legislação brasileira e nos princípios e diretrizes do SUS em relação ao direito ao aborto legal*, remete ao entendimento ético dos profissionais de serviço social e está pautado primeiramente naquilo que prevê seu código de ética, bem como na incorporação das diretrizes e princípios contidos em nossa legislação, em especial na lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e nos documentos (Atenção Humanizada ao Abortamento - 2010 e Tratamentos dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes- 2011) que são referencial ético-jurídico para assistir as mulheres que procuram os serviços de saúde com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei.

“Aí seria a questão do nosso próprio código de ética das assistentes sociais, né? A liberdade de escolha, o direito, acesso aos serviços, né? Do SUS também né? Que é universalidade para que você tenha acesso aos serviços oferecidos pelo governo.” (AS2a)

Corroborando com esta perspectiva, Villela e Barbosa (2011) afirmam que a possibilidade de uma mulher interromper uma gravidez nos casos em que o código penal não a restringe encontra respaldo na diretriz de integralidade que orienta o SUS, segundo a qual deve ser garantido o atendimento às diferentes necessidades de saúde em todos os níveis do sistema.

Tal concepção se apoia na ótica de que, de acordo com as atribuições definidas na Lei 8.080, Art. 7º e as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, as ações em saúde voltadas para as mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei devem ser desenvolvidas, obedecendo aos seguintes princípios que integram o SUS (seja nos serviços públicos de saúde ou nos serviços privados contratados ou conveniados):

- **universalidade de acesso** aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- **integralidade de assistência**, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- **preservação da autonomia das pessoas** na defesa de sua integridade física e moral;
- **igualdade da assistência à saúde**, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito das pessoas assistidas à informação sobre sua saúde;
- **divulgação de informações** quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- **utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades**, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade;

Por sua vez, o Código de Ética dos assistentes sociais reafirma a liberdade e a justiça social como valores fundantes, adotando tal perspectiva como padrão de conduta a ser adotado no exercício da profissão dos assistentes sociais, independentemente do local de atuação ou política social em que atue.

Tal fato pode ser explicado devido à profunda atualidade que o Código de ética dos assistentes sociais tem pelo alto grau de desigualdade social existente no Brasil, desta forma, o referido código de ética, diferente dos demais códigos de éticas das demais profissões inseridas na área da saúde, busca contribuir para a

interpretação crítica da vida social e para orientar as atividades profissionais regidas por ele.

O Código de ética dos assistentes sociais tem como perspectiva a projeção de uma sociedade que propicie a invenção e a vivência de novos valores, o que evidentemente pressupõe a erradicação de todos os processos de exploração, opressão, discriminação e alienação (CFESS, 1993).

Assim sendo, o Código de Ética dos assistentes sociais expressa o amadurecimento teórico político conquistado por esta categoria ao longo de sua história, reafirmando, assim, seu compromisso com a democracia, a liberdade e a justiça social de todos os indivíduos.

Ao se fazer a defesa pela viabilização do direito à interrupção da gestação prevista em lei, os assistentes sociais fundamentam sua atuação com base nos seguintes princípios do seu Código de Ética: Reconhecimento da liberdade (autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais); Defesa intransigente dos direitos humanos; Ampliação e consolidação da cidadania; Recusa do arbítrio e autoritarismo; Posicionamento em favor da equidade e justiça social (visa assegurar a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática); Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar (seja por questões de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física); e, por último, Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento profissional para oferta adequada desta assistência em saúde às mulheres que vivenciam tal situação.

A falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a legislação vigente no país em relação à interrupção da gestação prevista em lei resulta na permanência de uma postura equivocada de alguns profissionais em relação ao entendimento sobre os direitos humanos das mulheres e o acesso das mesmas ao aborto legal, bem como contribui para a manutenção do uso equivocado do direito à objeção de consciência por parte dos profissionais de saúde.

Cook et al (2004) ressalta que este desconhecimento e uso do argumento da objeção de consciência, muita das vezes, são utilizados por estes como argumentos para a recusa à realização do abortamento legal.

A falta de conhecimento sobre os direitos humanos e dos limites ao uso da argumentação de objeção de consciência, por parte dos profissionais de saúde da rede pública, acaba traduzindo-se numa forma de recusa em prestar o devido atendimento aos casos de aborto legal. Contudo, este comportamento apresentado pelos profissionais de saúde não pode ser realizado nos casos em que as mulheres vítimas de violência sexual procuram pelos serviços de atenção em que esses profissionais atuam. Pois o Estado brasileiro se compromete a tratar e eliminar todas as formas de violência contra as mulheres, através das Convenções gerais internacionais de direitos humanos que este adotou. Essas convenções são cada vez mais aplicadas para requerer dos Estados que efetivamente façam cumprir as leis contra a violência de que as mulheres são vítimas. (Cook; Bernrd; Fathalla, 2004, p. 299)

A Norma Técnica endossa este pensamento ao afirmar que para enfrentar a violência sexual, e as suas consequências, não basta apenas normatizar os procedimentos. É imprescindível falar sobre o tema, procurando afinar conhecimentos com marcos políticos nacionais e internacionais vigentes e com as estratégias e as ações de enfrentamento à violência contra as mulheres adotadas pelo país (MS, 2011).

#### 4.2.4.

#### **Opinião sobre as principais dificuldades para exercer esse tipo de atendimento**

No que diz respeito à concepção das assistentes sociais em relação às principais dificuldades para exercer esse tipo de atendimento, a análise das entrevistas permitiu identificar o núcleo de sentido: **Dificuldades presentes na Gestão, na formação profissional e nos padrões societários**. Associado às seguintes ideias: *receio que a incorporação desta demanda sobrecarregue o serviço de saúde; falta de vontade política em debater o assunto; interferência de valores éticos, religiosos e morais; ausência de infraestrutura e carência de capacitação profissional para realização do atendimento*.

De acordo com as entrevistadas, as dificuldades apontadas se referem tanto ao papel dos gestores, ou a ausência deste em assegurar este direito, como as dificuldades impostas pelos profissionais de saúde e pela sociedade por não perceberem este direito das mulheres como algo legítimo.

Cabe ressaltar que, segundo o Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2002), os aspectos apontados pelas assistentes sociais, enquanto determinantes da violação de direitos, são os mesmos que podem ser utilizados tanto pela gestão quanto pela própria equipe de saúde para trabalhar a prevenção e/ou a solução desta violação dos direitos das mulheres ao acesso ao aborto legal, entendido enquanto um direito à saúde nos serviços.

A primeira ideia associada, *receio que a incorporação desta demanda sobrecarregue o serviço de saúde*, tem relação com o fato de que a recusa em ofertar este atendimento, principalmente nos serviços que realizam o atendimento às mulheres em situação de violência sexual e, contudo, não realizam o abortamento previsto em lei, ocorre porque tanto a direção destas unidades quanto os profissionais que lá atuam possuem o temor de que, ao assumirem tal responsabilidade, isto resulte em um aumento da demanda de serviços, sobrecarregando ainda mais a unidade de saúde.

“Quando eu começo a pensar assim: ‘porque só uma unidade atende, se aqui tem capacidade para atender, assim como eles estão atendendo os casos de anencefalia, porque não atender os casos também decorrentes de estupro, né?’ (...) eu acredito que é mais por uma questão de demanda (...) isso aumentaria a demanda, acho que está relacionado com isso (...) pelo que eu observo, quando chega uma paciente aqui por uma questão de anencefalia ou até mulher que provoca aborto (...) ela é atendida de uma forma indiferente, assim como uma internação comum, entrou, faz a ficha, faz o procedimento e é atendida, porque não fazer nos casos de estupro? Eu acho que não tem nenhuma questão ética nem moral, acho que é uma questão mesmo de boa vontade pra ampliar esse serviço, porque vai aumentar a demanda por esse atendimento, eu acredito que seja por aí (AS1a).”

A fala das entrevistadas chama atenção para o fato de não haver, por parte destes atores, uma perspectiva de ampliar e de assegurar este tipo de atenção em saúde às mulheres com demanda pela interrupção da gravidez pós-estupro no município do Rio de Janeiro.

A segunda ideia associada, *falta de vontade política em debater o assunto*, está relacionada com o fato de que o estado brasileiro, através do seu poder executivo, tem o dever de assumir a sua responsabilidade na garantia da realização de ações efetivas que garantam às mulheres o acesso à interrupção da gestação nos casos previstos em lei.

“(...) eu acho que o Estado e o Município não dá a devida importância que deveria dar, deveria ser muito mais divulgado ‘olha, é nos hospitais tais, no posto, a profilaxia se dá assim, dessa forma...’ mais divulgado nos meios de comunicação, e isso não acontece, acontece, sim, nos hospitais específicos, onde ela é direcionada. Nos outros, por exemplo, eu que trabalhei numa UPA, isso não deveria estar bem claro pra gente que é da saúde? Pra gente orientar, pra gente acolher? Nem se fala... porque não se fala? Não é de interesse? Não é de interesse nesse momento tudo que é voltado pra mulher, tudo que é voltado pra educação... ‘ah você tem que acolher bem, atender para acolher...’ cadê isso? Fica só no papel? (...) Eu acho que isso tinha que ser muito mais divulgado”. (AS3b)

Tal posicionamento é corroborado por Leocádio (2006) ao afirmar que cabe ao Estado construir uma política pública que responda à necessidade do atendimento à mulher nessa situação de abortamento, uma vez que isto se constitui enquanto uma responsabilidade governamental. Desta forma, identifica-se que as ações desenvolvidas pelo Estado, neste sentido, ainda são muito incipientes, pois não produzem um real impacto na atenção em saúde às mulheres com esta demanda.

O posicionamento das assistentes sociais entrevistadas defende que o Estado reconheça a necessidade de ampliar este cuidado e assuma o seu compromisso em assegurar, de forma efetiva, este direito à mulher.

Para tanto, faz-se necessário que haja por parte do mesmo um maior investimento, não só financeiro, mas também na qualificação de recursos humanos visando à real estruturação destes serviços por meio de ações com ênfase na organização, ampliação e divulgação dos mesmos.

“A principal dificuldade é o querer político, né? Eu acho que parte daí (...) você vê que não gostam nem de se discutir sobre o assunto (...). Então acho que parte da vontade política mesmo (...) se a sociedade discute o assunto, se tem uma discussão, um interesse do assunto, eu acho que depois da discussão parte pra lei e depois de lei de ser executado, então se não se discute, eu acho que esse é o mais difícil (...).” (AS1c)

A terceira ideia associada, *interferência de valores éticos, morais e religiosos*, está relacionada ao fato de se observar a presença da influência religiosa, éticas e morais no exercício profissional, tanto dos profissionais quanto dos gestores das políticas públicas, que se constituem enquanto impeditivos para a realização adequada deste tipo de atendimento.

“Muitas (...), eu tenho os meus diabinhos na cabeça. Eu tenho que dialogar com meus diabinhos, né? Que às vezes fico assim ‘que safada também’! Então assim, é um exercício pro profissional, de reflexão, né? Das suas convicções, dos seus princípios, então, assim, a gente tem que começar pela gente mesmo, não é fácil” (AS2b).

“(...) tem aquela questão dos valores morais, éticos e religiosos, que ele é tanto do profissional que tá aqui dentro quanto do... vamos dizer, do prefeito, que tá lá, será que (...) além das questões políticas, econômicas, propostas de governo, será que ele apoia o aborto? (...) Não é só o médico que tá aqui, não é só o enfermeiro, não é só o assistente social, o psicólogo, vamos pensar até na equipe de uma forma geral que tá dizendo lá no postinho de enfermagem ‘poxa, ela vai tirar esse bebe, tem outras formas, tem tanta gente querendo adotar’ e lá? Como esses valores estão perpassando? (...) as pessoas que estão lá no nível de gestão mais alto, mais no nível de coordenação, de política, vamos dizer assim, como essas pessoas estão pensando, que olhares estão tendo, será que também esses valores morais, éticos e religiosos não estão perpassando também no imaginário dessas (...) de não ter um movimento político pra ampliar essa oferta, que além do hospital maternidade Fernando Magalhães, a rede taí, tem a Herculano Pinheiro, tem a Carmela Dutra, será que esses profissionais não estão sendo também influenciados por esses valores por não brigarem ou por não propor isso, uma ampliação de serviço, uma ampliação de atendimento, de assistência(...).Então, até que ponto essas pessoas não estão despreocupadas em ampliar essa rede, por conta não só das questões políticos partidários, políticas de uma forma geral, ou também por conta dos seus valores éticos, morais e religiosos (...). (AS2a).”

Segundo Westphal (2009) e Farias (2009), o desinteresse tanto dos gestores de políticas públicas quanto dos profissionais de saúde em estarem ofertando a prática do aborto previsto em lei pode ser explicado pela presença do discurso religioso, ainda que muitas das vezes disfarçado sobre a alegação de objeção de consciência.

Este discurso religioso propaga a visão de que a maternidade é uma dádiva divina e uma vocação feminina a partir da vivência da maternidade ancorada nos princípios da ética judaico-cristã. De acordo com Porto (2009), tal fato ocorre porque estes princípios religiosos estabelecem uma cultura impregnada por uma **religião de salvação** (grifo da autora), que disseminam normas e comportamentos sociais onde o descumprimento dessas normas passa a ser considerado como violação da vontade divina, contribuindo para que predomine em nossa sociedade um habitus religioso, que faz com que a ideia do aborto enquanto um pecado ainda atravesse a consciência de muitos profissionais de saúde. (grifo da autora).

Por sua vez, Faúndes e Barzelatto (2004) enfatizam que em toda a América Latina as religiões cristãs têm exercido grande influência na legislação e no

processo de implementação das políticas de assistência ao planejamento familiar e ao aborto. Ressalta ainda que a Igreja Católica se destaca, entre todas, por seu maior rigor na proibição ao aborto em quaisquer circunstâncias e por sua forte atuação política visando impedir a legalização ou a assistência aos casos permitidos em lei, como ocorre no Brasil.

Já Leocádio (2006) ressalta que a Igreja ao defender que a mulher em situação de aborto legal deva levar a gestação adiante, principalmente nos casos de estupro e anencefalia, age de forma arbitrária, pois desconsidera os sofrimentos envolvidos neste tipo de gestação, como se a gravidez fosse algo desprovido de significados, afetos e consequências para a vida das mulheres.

Cavalcanti et al (2008) reiteram que a vivência religiosa não deve servir para orientar as práticas profissionais no âmbito das políticas públicas, pois, quando isso acontece, acaba por acarretar em prejuízo ou danos irreparáveis à saúde das usuárias atendidas nos serviços de aborto legal, bem como se constitui em uma violação dos direitos humanos das mulheres, sem os quais não existe a realização da cidadania.

Lollatto (2004) acrescenta que a atitude da maioria dos profissionais de saúde, em especial os médicos, em não realizar os abortos autorizados juridicamente, nos leva a refletir não só acerca da interferência dos valores individuais, mas também nos insta a considerar o fato destes também sofrerem discriminações devido à realização da prática do aborto legal e principalmente sobre o quanto isto contribui para a manutenção da opressão sobre as mulheres.

De um lado estão a formação moral, os valores de cada profissional que, quando contrário ao aborto, não executa o procedimento, mesmo aqueles abortos legalmente amparados e ainda existem os médicos que não o fazem para manter a “boa imagem” e não serem “rotulados”. Essas duas atitudes estão permeadas de valores que foram sendo internalizadas pelo indivíduo durante toda formação de seu ser. Do outro lado está a mulher grávida, que conseguiu vencer várias etapas para chegar a um hospital com a autorização para fazer a interrupção daquela gestação não desejada (Lollatto, 2004, p. 72).

As assistentes sociais entrevistadas ainda destacam como dificuldade o fato de não haver um maior debate sobre o direito à interrupção da gestação prevista em lei, junto aos profissionais de saúde inseridos dentro dos serviços que são referência para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual e

também nos mais variados níveis de atenção em saúde (unidades básicas de saúde, clínicas de saúde da família, hospitais de emergência, UPAs, hospitais universitários, etc.). Na ótica das entrevistadas, este desconhecimento contribui para a manutenção dos tabus religiosos que envolvem a discussão sobre o aborto legal.

“O profissional às vezes chega numa situação como essa e não sabe nem lidar com isso. Aí vem os problemas morais, pessoais do profissional que não sabe como lidar com isso, não sabe o que fazer com isso. (...) existe a necessidade de uma discussão no conjunto, de capacitação dos profissionais, porque todo mundo tem uma raiz religiosa, e é direito das pessoas creem no que quiserem crer, mas, assim, a gente precisa amadurecer esse assunto como direito individual, entendeu? Então, assim, essa é a dificuldade que eu acho maior é a de que as pessoas precisam sentar, conversar, publicizar esse tema e tirar isso como uma questão de tabu. Mas é uma questão que é urgente e não está se falando na sua pesquisa de aborto, de qualquer aborto, está falando do aborto legal, aborto que é de direito do paciente, da mulher, então se a gente não consegue vencer esses desafios do aborto legal como que a gente vai caminhar numa direção para descriminalização do aborto como direito da mulher de interromper a sua gravidez (AS1b).”

Segundo o ponto de vista das mesmas, a realização deste debate a partir da perspectiva de respeito aos direitos humanos das mulheres, a partir do entendimento que o enfrentamento ao fenômeno da violência sexual e, por analogia da gravidez pós-estupro, se constituir enquanto uma questão de saúde pública, tende a contribuir para evitar/coibir a existência de práticas profissionais discriminatórias, ancoradas em valores éticos, morais e religiosos que embasam a sua postura em criminalizar o aborto, seja em quaisquer circunstância.

“(...) eu acho que essa questão do aborto é uma questão que deve ser mais discutida pela sociedade, ser mais falada, a mulher precisa entender melhor como funciona o seu organismo, saber que existem as leis e as leis precisam ser cumpridas. Acho que a gente precisa falar mais sobre isso, porque a gente traz esse ranço (...) a maioria das religiões é contra o aborto, então realmente é um tema polêmico, porque ele lida diretamente com questões pessoais, com questões éticas de cada um... então como que a gente vai ter uma sociedade onde as pessoas vão conseguir compreender que existe uma lei, ou quando que a gente vai conseguir ter uma lei que se sobreponha a essas questões éticas e pessoais e morais então é isso que eu acho que precisa ser discutido e precisa ser mais falado, para que a gente possa realmente evoluir nesse sentido (AS2c).”

Cabe destacar que essa postura de criminalização do aborto é rechaçada pelas Normas Técnicas do MS (2010, 2011), pois estas ressaltam que as mulheres

que passam por situações de abortamento têm a necessidade de serem tratadas com respeito, gentileza e compaixão durante todo o processo antes e pós-aborto. Explicam que os profissionais de saúde devem usar uma abordagem sensível, que inclua evitar julgamentos, estar consciente das necessidades e preocupações da mulher, manter-se aberto para falar sobre a gravidez, aborto inseguro e saúde reprodutiva, informar as mulheres sobre os procedimentos que serão realizados e oferecer a elas contracepção para evitar outra gravidez indesejada.

As referidas normas técnicas também afirmam que na situação em que o profissional de saúde se recusar a realizar o atendimento, é necessário que a usuária seja encaminhada a outro profissional da equipe e, caso não haja mais nenhum profissional capacitado a fazê-lo, então esse médico (a) deve realizar o procedimento referente ao aborto previsto em lei, independente da sua vontade, pois a interrupção da gravidez nos casos previstos em lei é um direito das mulheres.

Esse posicionamento também é corroborado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), por meio do documento intitulado "**Diretrizes Éticas acerca da Objeção por Razões de Consciência**", que orienta a prática dos ginecologistas e obstetras no que concerne ao direito à assistência e à atenção integral à saúde sexual e reprodutiva. Estabelece em uma de suas diretrizes que:

Independente de quaisquer circunstâncias, o dever de consciência primordial de qualquer obstetra-ginecologista (doravante, no presente, "profissional") é o de tratar ou promover o benefício e evitar o prejuízo de qualquer paciente sob seus cuidados e responsabilidade. Toda e qualquer objeção a ministrar qualquer tratamento a um paciente por razões de consciência é secundária em relação a tal dever primordial. (Figo, 2005, p.1).

A assistência à saúde das mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei, de acordo com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (MS, 2011), deve se constituir em fator de fundamental relevância, e a recusa infundada e injustificada de atendimento pode ser caracterizada, ética e legalmente, como **omissão**. E, neste caso, segundo o art. 13, § 2º do Código Penal, o(a) médico(a) pode ser responsabilizado(a) civil e criminalmente pela morte da

mulher ou pelos danos físicos e mentais que ela possa vir a sofrer. (MS, 2011, p.16, grifo do autor).

Villela e Barbosa (2011) chamam atenção para o fato de que a recusa quanto à realização do aborto legal por parte dos profissionais de saúde, na maioria das vezes não é explicitada, nem a objeção de consciência é assumida. Ela se dá de uma forma muito sutil, sendo mascaradas por atitudes, como a negligência no atendimento, a postergação em sua realização, a imputação de sofrimentos desnecessários às mulheres e mesmo a tentativa de dissuadi-las da interrupção da gravidez, modos subliminares de negar a realização do procedimento.

Bedone e Faúndes (2007) ressaltam que uma das formas de resolver o impasse entre o direito da usuária ao acesso à interrupção da gestação prevista em lei e o direito do profissional em alegar objeção de consciência pode ser resolvido através do importante trabalho de conscientização e sensibilização realizado junto aos profissionais da área saúde. Para tanto, faz-se necessário mostrar para estes profissionais, através de cursos, capacitações e da ampliação do debate sobre este tema dentro das unidades de saúde, que o fato dos mesmos aceitarem a praticar o aborto permitido pela lei não significa, com isso, incentivar ou promover o aborto, nem tão pouco significa infringir nenhuma norma legal ou ética.

Outro aspecto a ser destacado dentro desta discussão é a dificuldade de ofertar o atendimento quando a mulher não consegue fornecer a data exata da ocorrência do episódio de violência, ou quando o abuso sexual é cometido pelo próprio parceiro ou ex-parceiro da vítima, isto porque tal posicionamento aponta a existência de certa desconfiança por parte de alguns profissionais de saúde em relação à veracidade da palavra da mulher que alega estar gravidez em decorrência de um abuso sexual.

“(...) tem algumas dificuldades sim...uma delas é quando a mulher tem uma dificuldade de fornecer uma data do ocorrido e já vi assim, dificuldade para que fosse realizar o aborto quando a mulher morava com o agressor, então assim ‘ah, mas ela vai realizar o aborto, vai voltar para essa residência do agressor, vai ser agredida de novo e nós vamos estar fazendo o aborto novamente daqui a algum tempo? (...) você vê algumas dificuldades na oferta, na viabilização desse direito no município (...) essa questão do aborto legal não é muito falado abertamente, né? Então, não são todas as mulheres que sabem desse direito. **O que você acha que contribui pra isso? Que fatores? O medo da sociedade em estar legalizando o aborto, talvez...** já vi alguns comentários nesse sentido ‘ah, se nós levarmos essa informação pra todos, daqui a pouco vamos ter uma fila de pessoas aqui fora dizendo que foram estupradas’ (...) (AS2c).”

Para Galliet al (2006), a desconfiança em relação à veracidade da declaração da mulher que busca o abortamento é apenas uma das inúmeras barreiras à atenção e proteção dos direitos previstos em lei. Os profissionais de saúde ao assumirem este tipo de conduta demonstram o quanto a sua prática está impregnada pela valoração moral e esquecem que o real objetivo do serviço de saúde é o de garantir o exercício do direito à saúde.

Assim sendo, os procedimentos realizados pelos profissionais de saúde não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à polícia ou à Justiça. É neste sentido que é importante avaliar a influência de valores na prática médica diante dos casos de interrupção legal da gestação, inserindo a problemática no âmbito da qualidade da atenção, dos deveres ético-profissionais e institucionais correlatos, no âmbito das políticas públicas e da garantia de direitos humanos pelo setor saúde (Galli et al, 2006, p. 82).

A partir das análises das entrevistas, observa-se que a inabilidade da equipe técnica tem de desvencilhar a sua prática profissional de suas concepções pessoais, durante a realização do atendimento às mulheres com demanda pela realização do abortamento previsto em lei, pode ser atribuída à falta de conhecimento prévio destes em relação aos Direitos Humanos e à legislação correlata, como bem pontua Faúndes e Berzolato (2004).

Os profissionais de saúde, em geral, e os obstetras e ginecologistas, em particular, frequentemente são ambivalentes a respeito do abortamento, porque têm que enfrentar valores profissionais e morais conflitantes, em especial, aqueles que atuam nos serviços de referência em violência sexual. Somado a isto, a falta de conhecimento prévio destes profissionais sobre os Direitos Humanos e os limites existentes ao uso da objeção de consciência pode levar a uma postura acusatória ou negligente nas situações de abortamento que chegam aos serviços. As orientações pessoais (éticas, morais e religiosas) dos profissionais que atuam no atendimento constituem outra barreira à implementação da atenção às vítimas de violência sexual e agravos resultantes, dentre estes, a gravidez (Faúndes & Berzolato, 2004, p.125).

Neste sentido, urge a necessidade de se capacitar os profissionais de saúde, visando à mudança de mentalidade e de postura dos mesmos. Estas capacitações devem procurar promover o debate sobre o assunto, tendo como diretriz norteadora a perspectiva de respeito à autonomia destas mulheres, bem como a garantia da materialização dos seus direitos sexuais e reprodutivos a fim de

desconstruir alguns mitos, como: a crença de que a divulgação da oferta desta assistência irá contribuir para que haja filas e mais filas de mulheres à procura de aborto ou dizer que isto estimularia as mulheres a fazerem falsas denúncias de violência sexual para ter acesso à interrupção da gestação de forma segura no SUS.

Ao comparar o número de atendimento de violência sexual e o número de realizações de aborto legal na única unidade de saúde referenciada para realização deste procedimento no município do Rio de Janeiro (Gráfico 1), chega-se à conclusão de que estes mitos são infundados, uma vez que observa-se que a taxa de realizações de aborto legal não chegam a 6% dos casos de atendimento de violência sexual.

A quarta ideia associada, *ausência de infraestrutura e carência de capacitação profissional para realização do atendimento*, aponta que, na perspectiva das assistentes sociais entrevistadas, a ausência de um maior investimento por parte dos gestores de políticas públicas do município, nesta atenção específica de saúde, se constitui enquanto um obstáculo que inviabiliza as mulheres a terem acesso ao seu direito de saúde.

“Acho que a questão da estrutura, a questão mesmo do trabalho interdisciplinar, acho que falta um pouco isso, essa coisa amarradinha, acho que isso dificulta um pouco o desenvolvimento. (...) não é uma questão do hospital X, Y e Z, mas acho que é a estrutura da política dentro do município do Rio, que não foi pensada no macro (...), por exemplo, aqui, a gente está na zona oeste, a gente não tem um serviço de referência dentro desse espaço aqui, então acho que isso acaba inibindo as mulheres de exercer esse seu direito. Porque já é um tema polêmico, você falar de aborto, já é meio tabu, já é difícil e se você não facilita mesmo, acho que acaba inviabilizando um direito (AS3a).”

Tal posicionamento é corroborado por Villela e Barbosa (2011), quando estas afirmam que os problemas de infraestrutura e de funcionamento dos serviços para atender à demanda de aborto legal (tais como: a ausência de um lugar adequado que garanta o sigilo deste atendimento, a não existência de uma equipe interdisciplinar que possa acompanhar esta mulher e auxiliá-la durante todo o processo de realização do abortamento e também no pós-abortamento, a ausência de capacitação desta equipe para que esta possa oferecer o atendimento adequado livre de manifestações de julgamento moral de valores) são reflexos de dois fatores: a falta de vontade política dos gestores que não veem esse atendimento

enquanto prioridade dentro do setor saúde e, por este motivo, não criam ações e estratégias que assegurem o mesmo; e o fato de existir uma resistência dos profissionais de saúde em cumprir a normatização relativa ao preceito legal que garante a realização da interrupção da gestação nestas situações.

“(...) pensando mais no contexto institucional, na assistência em si (...) se nós fizermos um trabalho mais articulado, menos fragmentado, se discutirmos, se planejarmos, se colocarmos em debate propostas de atuação (...) enquanto instituição, enquanto hospital maternidade, responsável por essa questão também, o que pode surgir dali de propostas de ação, de projeto? (...) é essa atuação mais conjunta nesse pós-aborto, porque se pensa no aborto e no pós? Como essa mulher tá sendo acompanhada? E aí não só pela ginecologia, mas acompanhada de forma geral, então falta isso também (...)”(AS2a).”

Outro fator destacado pelas entrevistadas foi o forte predomínio do modelo privatista de saúde em contraposição aos ideais do Movimento de Reforma Sanitária<sup>17</sup>, presentes no planejamento e na operacionalização da assistência em saúde às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei.

“(...) a saúde pública hoje está colocada dentro do contexto de privatização, porque isso também vai interferir, a privatização com certeza ela vai tá interferindo no planejamento de política pública, vai interferindo no planejamento, na operacionalização, na assistência, na avaliação de resultados, vai tá no levantamento de indicadores, com certeza né? (AS2a).”

Segundo Behring, 2003, Bravo et al (2007) e Matos (2011), o modelo privatista, que atualmente predomina na formulação e execução das políticas de saúde em nosso país, está diretamente articulado aos interesses de mercado e teve sua origem na década de 90 com surgimento do movimento de Contra Reforma do Estado nas políticas sociais, dentre elas, a de saúde, devido à necessidade do nosso país a se adequar aos ajustes neoliberais impostos pelas mudanças ocorridas na política econômica mundial. Este movimento teve como principais

---

<sup>17</sup>O Movimento de Reforma Sanitária, de acordo com a conceituação de Mendes (1995), é: “um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema” (MENDES, 1995, p. 42).

características: a privatização, descentralização e focalização destas políticas. Caracterizando um contexto de retrocesso das conquistas sociais do país. Desta forma, a atual configuração da saúde no país é protagonizada pelo confronto entre o Projeto de Reforma Sanitária (que deu origem aos conceitos e diretrizes basilares do SUS), e o Projeto Privatista que vê a saúde enquanto uma mercadoria e considerando apenas enquanto cidadão aquele indivíduo que possui condições financeiras de pagar pelos bens e serviços a serem consumidos.

Já Bravo e Matos (2006) apontam que o Projeto de Reforma Sanitária tem como aspectos principais: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria na qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações. Em contrapartida, o Projeto Privatista na saúde tem como aspectos: contenção dos gastos com racionalização da oferta, descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e focalização.

Nesta ótica, o Projeto Privatista visa atender aos interesses do neoliberalismo, que prega uma política de saúde onde o dever do Estado é minimizado. Neste modelo, o Estado passa a focalizar suas ações, dando prioridade na atuação para o setor mais pobre, onde os outros (que ainda podem pagar) ficam à mercê do setor privado, submetendo-se ao seu pagamento pelo acesso à saúde (Bravo, 2006).

Cabe ressaltar que, como assertivamente bem pontua Matos (2011), a questão social resultante deste modo de acumulação capitalista dominante se expressa de diferentes formas. Desta feita, o trabalho dos assistentes sociais na área da saúde, como em qualquer outro campo de atuação profissional, apresenta particularidades que precisam ser desveladas pelos mesmos. Assim, compreender os determinantes sociais presentes na política de saúde e seus rebatimentos no trabalho desenvolvido nas instituições e na vida dos usuários torna-se de fundamental importância.

Isto porque, de acordo com o referido autor, o Serviço Social se destaca por ser uma profissão que tem como característica a atuação sobre as diferentes expressões da questão social, que se apresentam metamorfoseadas em falsos problemas/disjunções que ora são identificados como de responsabilidade dos indivíduos, ora da sociedade. Entretanto, raramente esses problemas são

identificados como crias próprias da desigualdade gerada pelo modo de acumulação capitalista.

Partindo deste princípio, as assistentes sociais entrevistadas pontuam que este modelo privatista produz os seguintes impactos sobre a atenção à saúde das mulheres: a fragmentação e desarticulação da assistência prestada a estas mulheres, a descontinuidade da assistência ofertada a estas mulheres, a ausência da dinâmica e organização dos serviços de saúde, a carência e a dificuldade de se realizar uma sensibilização junto aos profissionais de saúde devido à rotatividade dos mesmos nos serviços.

Tais fatores contribuem ainda para que haja uma sobrecarga de serviços que não permite as equipes discutirem os casos e avaliarem a assistência prestada a essas mulheres após a realização dos atendimentos. Comprometem, assim, não só a qualidade da atenção à saúde destas mulheres, como também o acesso destas ao aborto legal.

“(...) eu não atendo só VVS, eu atendo a usuária de crack, a moradora de rua, a mulher que quer dar o filho, o planejamento familiar, eu faço visita em enfermaria, eu tenho que orientar sobre os direitos, falar sobre a licença maternidade, licença paternidade, tem que acompanhar os bebês do ambulatório que voltam porque são crianças sequeladas, muitas vezes, tem a família que quer levar aquele bebê neuropata pra casa, então, assim, trabalhar numa maternidade é uma gama enorme de atividades que você tem que dar conta, alguma coisa vai falhar, a gente não é dez. Então, dificuldade tem 500 mil. Chega a ser ridículo dizer pra você que uma equipe que tá desde 2006 (...) e não consegue sentar pra ficar discutindo um caso, que é obvio... assim, qualquer um pensando ‘Ah! Essa aqui é referencia para mulher vítima de violência sexual. Ah! Com certeza eles discutem os casos’ Não, a gente não discute, não tem um espaço... agora a gente tá tentando fazer isso, mas é uma coisa que já deveria ter sido feito há muito tempo, a gente tem consciência disso, só que a gente não consegue, a gente é atropelado no dia a dia, pelas demandas que surgem, pelas demandas que batem à porta (...) (AS2b).”

De acordo com Melo (2006), a realização de maiores investimentos públicos na implementação, ampliação e divulgação dos serviços de interrupção da gestação prevista em lei deve-se constituir enquanto algo imprescindível para os gestores de saúde.

Coloca-se o imperativo de divulgação do direito ao aborto legal e da existência dos serviços de referência a ser enfrentado pelo governo municipal; ao lado da necessidade de supervisão e acompanhamento do processo de implementação desta

política, aspectos diretamente relacionados ao acesso das mulheres aos direitos estabelecidos (Melo, 2006, p. 162).

Observa-se, a partir das análises das falas das entrevistas, a ausência de uma política pública de saúde voltada para as mulheres, que se efetive de forma plena e que respeite a integralidade da atenção a essas mulheres.

Os gestores de saúde no âmbito municipal, enquanto representante do Estado, têm o dever de assegurar a consolidação desta atenção em saúde. Levando em consideração os princípios estabelecidos na Lei nº 8.080/1990, que em seu Capítulo IV, Seção II, Art. 18 aborda as competências da direção municipal do SUS e afirma que compete a este:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico;

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Para as Assis et al (2003), o impasse vivenciado com a concretização do acesso universal aos serviços de saúde demanda uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público e pela edificação de uma utopia social igualitária. Deste modo, a saúde é vista como um direito individual e coletivo, que deve ser fortalecido com o redimensionamento de uma nova prática construída a partir de uma gestão democrática e participativa.

Tais fatos evidenciam, de acordo com Westphal (2009), que o acesso ao procedimento de aborto legal e seguro ainda é algo difícil para muitas mulheres, devido às inúmeras barreiras ainda existentes no serviço de saúde. Pois, apesar dos avanços significativos, muitos problemas ainda persistem no que se refere à saúde pública da mulher, dentre estes, cita-se:

A implantação de serviços de forma administrativa e burocrática, comprometendo a qualidade do mesmo e mascarando o problema; a violência institucional que as mulheres frequentemente sofrem nos serviços de saúde; a ausência do recorte de gênero no atendimento e nas políticas públicas; a necessidade de implementação de leis, tratados e convenções dos quais o Brasil é signatário; a necessidade do vínculo de programas a secretarias e da garantia de continuidade dos mesmos; a ausência da violência sexual e desses impactos sobre a saúde da mulher nos currículos universitários; a demanda por capacitação e sensibilização dos profissionais em função da ausência de supervisão e de apoio e a falta de articulação de programas e iniciativas que isoladas não constituem políticas públicas (Westphal, 2009, p. 69).

Neste viés, segundo a referida autora, nota-se a falha sistemática das instituições de saúde em prestar atendimento ao aborto para vítimas de violência sexual em unidades, o pode constituir um descumprimento do Estado em proteger os direitos humanos das mulheres, como o direito à liberdade e à segurança da pessoa, o direito à saúde e o direito de viver livre de tratamento desumano, especialmente quando só há um serviço de referência para a realização deste atendimento e neste a maioria dos profissionais de saúde lotados se recusam a realizar o atendimento com base em suas crenças pessoais (Westphal, 2009).

Diante deste cenário, a análise da fala das entrevistadas aponta para a necessidade de responsabilização do Estado no que se refere ao seu dever de não penalizar as mulheres, sejam elas pobres ou ricas, que recorrem aos serviços públicos de saúde com demanda pela realização da interrupção da gestação prevista em lei. Cabe aos gestores de saúde do município do Rio de Janeiro proporcionar a estas um serviço de boa qualidade.

E, se necessário, como bem coloca Westphal (2009), deve buscar fazer articulação com as universidades no intuito de capacitar os profissionais de saúde para lidarem com situações em que as relações humanas não são mais um mero detalhe na relação médico-paciente e, assim, atenderem de forma adequada as mulheres que procuram os serviços de saúde com esta demanda. A fim de instrumentalizá-los para lidarem não só com os aspectos clínicos, como também com a dor psicológica que é tão importante quanto a dor física das pacientes, representando um dos desafios mais importantes e difíceis na atuação do profissional de saúde, mas, sem dúvida, também um dos mais distintivos e dignificantes.

#### **4.2.5. Opinião sobre as possíveis alternativas utilizadas no enfrentamento dessas dificuldades**

A categoria profissional dos assistentes sociais tem como característica uma atuação reflexiva, propositiva, investigativa e interventiva. Por este motivo, com o intuito de fomentar a reflexão sobre o seu cotidiano profissional na atenção às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei, este estudo procurou apreender a concepção das profissionais entrevistadas sobre as possíveis alternativas a serem utilizadas no enfrentamento das dificuldades encontradas para a concretização deste atendimento.

Desta forma, a análise das falas das assistentes sociais entrevistadas permitiu identificar o núcleo de sentido: **formulação e efetividade de políticas públicas em prevenção e atenção às mulheres com demanda pelo aborto**

**legal.** Tendo como ideias associadas: a *criação de estratégias por parte do Estado que coíba a interferência da religião na formulação das leis; realização de um maior investimento dos gestores de saúde na capacitação continuada dos profissionais acerca desta temática e no investimento na divulgação e ampliação do serviço ao aborto legal; e o investimento na divulgação e ampliação do serviço ao aborto legal e estruturação dos serviços para que estes possam oferecer de forma descentralizada a atenção integral à mulher.*

Desta forma, observa-se que a fala das entrevistadas remete ao entendimento de que o poder executivo (nos três níveis de gestão), bem como o legislativo e o judiciário, possui um protagonismo no que diz respeito à formulação, execução, implementação e implantação dos serviços de atenção às mulheres em situação de aborto legal. E isto inclui o compromisso em oferecer um serviço efetivo e de qualidade para as mesmas, sobretudo, no que concerne à garantia e defesa dos seus direitos enquanto cidadã (o que inclui a formação profissional continuada em serviço, ampliação destes serviços e a defesa de uma postura de laicidade do Estado).

A primeira ideia associada, *criação de estratégias por parte do Estado que coíba a interferência da religião na formulação das leis*, faz menção à necessidade de fazer valer o princípio da laicidade do Estado, previsto na Constituição Federal de nosso país, que preconiza que a relação política entre o cidadão e o Estado, e entre os próprios cidadãos, se dê de forma separada entre sociedade civil e as religiões. Não exercendo o Estado qualquer poder religioso, e as igrejas, qualquer poder político.

No entanto, ao se analisar a formulação das leis e políticas públicas referentes à viabilização do acesso pleno das mulheres aos seus direitos sexuais e reprodutivos, e isto inclui a defesa pela realização do aborto previsto em lei (e também do aborto nas demais situações) observa-se que tal princípio não vem sendo respeitado.

O que se observa é a forte influência da bancada conservadora presente no Congresso Nacional Brasileiro nos poderes executivos, legislativos e no judiciário e, conseqüentemente, na formulação das leis em nosso país e na atenção prestada nos serviços de saúde às mulheres com esta demanda. Tal fato é evidenciado na seguinte fala das entrevistadas:

“Eu acho que as alternativas seriam essas (...) levantar o assunto começar no pequenininho mesmo, né? Trabalho de formiguinha, dentro das próprias unidades, depois levar pra fora, trazendo fóruns, seminários sobre o assunto, estar se discutindo, pra conforme for discutindo a importância de criarem leis que garantam mais acesso dessas mulheres, por exemplo, no Rio de Janeiro, como a gente já falou, um hospital só, pouquíssimo, né? (...) então acho que a partir daí, criar seminários e discutir mais sobre o assunto. (AS1c).”

“Eu acho que é a questão da lei mesmo, nós temos leis que são feitas e regidas e aprovadas por homens (...) no Brasil, a gente vê assim, que ainda temos esse ranço ainda muito forte, ou do católico, ou do espírita, ou do protestante, enfim, seja de que religião for e a gente vê alguns países aí fora em que o aborto já é legalizado, então eu acho que a gente precisa discutir isso, mas assim olhando frente a frente a essa questão, né? É se a gente tiver leis que garantam a mulher, que o direito dela seja efetivado, a gente vai passar por cima desse juízo de valor e a gente precisa ter na instituição fluxos mais bem elaborados, mais difundidos pra que quando essas pessoas cheguem, elas... porque a gente vê mulheres que chegam aqui pra fazer o aborto legal que já passaram por lugares que não precisavam ter passado, andaram, foram pra instituições, foram, voltaram, foram pra delegacia, da delegacia foram pra outro hospital, do outro hospital passaram por todo o processo lá, pra no final serem encaminhadas, quer dizer, eu acho que a nossa sociedade ainda tem que romper com preconceito, a gente tem que evoluir talvez nas leis (...)(AS2c).”

A efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em nosso país, por questões políticas e religiosas, não se concretiza de fato. Neste sentido, Leocádio (2006) destaca que a busca de igualdade, de direitos e de cidadania das mulheres no Brasil se caracteriza como um processo instável, não linear, e, no caso específico do direito à interrupção da gestação prevista em lei, as conquistas de hoje podem ser derrotadas amanhã se houver mudanças nas correlações de força existentes na política.

Segundo esta autora, as lutas políticas e os métodos utilizados pelos diversos sujeitos na questão da discussão da descriminalização do aborto (seja ele permitido ou não por lei), por vezes, são muito desiguais e nem sempre estes processos têm a visibilidade necessária para que a população possa de fato participar e tomar um posicionamento livre de coerção. Tal fato ocorre porque a formulação e elaboração de políticas públicas em nosso país ainda seja um processo extremamente complexo, com pouca visibilidade, de difícil mapeamento das autorias, dos interesses e das materialidades envolvidos.

Neste sentido, como bem ressalta Leocádio (2006), pode-se concluir que em meio ao embate político e ideológico que ocorre entre o movimento de mulheres e os grupos conservadores, na questão da discussão do direito ao aborto, o Estado,

por vezes, assume a responsabilidade de garantir os direitos conquistados pelas mulheres, e, por vezes, age no sentido contrário, retrocede, atendendo aos interesses dos grupos religiosos. Este movimento pendular favorece os interesses dos grupos conservadores e não os interesses das mulheres.

A segunda ideia associada, *realização de um maior investimento dos gestores de saúde na capacitação continuada dos profissionais acerca desta temática e no investimento na divulgação e ampliação do serviço ao aborto legal*, aponta que é necessário que haja por parte do Estado e de seus representantes legais uma prioridade nesta atenção não só na elaboração como na efetivação das ações em saúde. Conforme observado nas falas a seguir, neste tópico, alguns pontos podem ser destacados:

O ponto fortemente presente na fala das entrevistadas foi a necessidade de se priorizar as capacitações continuadas dos profissionais de saúde, a fim de se garantir a realização de uma assistência qualificada a estas mulheres.

“Eu acho que teria que ter um interesse realmente da gestão de fazer... do governo (...) de preparar as equipes profissionais para poder tá lidando com uma situação tão nova pra gente ainda, né? (...). (AS1d)”

A carência desta atenção qualificada evidencia que não tem havido nos serviços um maior investimento:

- a) Na promoção e publicização do debate sobre o acesso à interrupção legal da gestação dentro e fora dos serviços de saúde, respeitando o caráter interdisciplinar e intersetorial que este tipo de intervenção solicita.

“Eu acho que uma comunicação maior mesmo, uma divulgação maior, para todos os profissionais da área de saúde (...). Não só “praquele” profissional da saúde, mas acho que deveria ser para todos os profissionais (...). Não é feito nada disso... agora, o porquê disso que não é feito, aí eu não sei, não sei te explicar porque não é interesse do estado e do município de divulgar isso (...). Nós somos só um eco, na verdade nós repassamos o que é passado pra gente, e como é passado? (...) chega uma situação dessa, o que eu vou fazer? Eu vou ligar pras colegas que trabalham com isso para me passarem uma informação, para eu repassar essa informação, porque eu não sei... como é que me colocam pra trabalhar numa unidade onde eu não sei atender, onde eu desconheço? Agora eu tô aqui eu vou ter que buscar isso, porque em algum momento vai chegar pra mim uma situação dessa e eu vou ter que orientar pra que rede eu vou mandar, né? (...) não deveria ter uma preparação

para os profissionais que estão? (...) a gente vai agora atender, entendeu? Encaminhar e ponto. Mas não dizer que é uma referência, eu acho que pode até vir a ser, mas hoje não tem profissional qualificado pra isso. Seria excelente se o hospital se tornasse essa referência, né? Tomara. (AS3b).”

- b) Evidencia que a recusa destes profissionais em estarem ofertando tal assistência pode ser justificada pela sua falta de capacitação e de suporte psicológico da equipe de saúde para realizar este tipo de atendimento.

“Eu acho que a prefeitura deveria capacitar esses profissionais para estar recebendo. Eu acho que quando o profissional, ele tem uma capacitação, ele se sente mais seguro também para estar atendendo. Então, de repente, o diretor daqui (...) não coloca à disposição esse atendimento, porque de repente os profissionais têm aquela recusa, não sabe exatamente, mas se tivessem um treinamento, uma capacitação, eu acho que estaria qualificando eles a fazerem esse atendimento (AS1a).”

“Eu acho que a comunicação e a capacitação dos profissionais, porque ninguém pode dizer que não conhece a lei, a lei ela existe, ela é tácita, é pra todo mundo (...). Eu acho que precisa discutir e ampliar os serviços, se aqui a gente trabalha com a saúde da mulher, direitos reprodutivos, a gente tem que ter um serviço que atenda isso e capacitar os profissionais, e trazer fóruns e não é fazer coisas nacionais, até local mesmo, vamos trabalhar e instalar os serviços aqui e as equipes que vão trabalhar precisam ser capacitadas e precisam ouvir esse profissional, porque o que eu vejo aqui na maternidade são pessoas que não estão preparadas para lidar com a questão da violência, pessoas que tem dificuldade se chocam, depois que a família vai embora, que a mulher vai embora, desabam (...) (AS1b).”

- c) A necessidade de investimento no aumento do quadro de profissionais de saúde e a melhoria das condições de infraestrutura para que estes possam oferecer um bom atendimento a estas mulheres. Tal fato é atribuído ao sucateamento do setor saúde, fruto da lógica privatista que predomina dentro do setor saúde, onde se observa não só a falta de estrutura para a realização adequada dos atendimentos, como também a falta de insumos e de mão de obra especializada.

“Ser mágica, porque é isso que a gente tenta fazer. Tentar montar esse curso, essa reciclagem, a gente vai tentar agora. Tem um financiamento? Não tem... tem um professor ótimo, vamos pensar ‘queria trazer o cara aqui, mas tem que ser 0800, porque eu não tenho dinheiro pra pagar pra trazer ele aqui’(...). Se eu quiser fazer uma visita domiciliar, eu não tenho carro pra fazer visita domiciliar. Há pouco tempo (...) a gente ganhou um computador, a internet que eu tenho na minha sala eu trouxe o modem da minha casa pra usar, senão não teria internet. A gente tem duas salas de atendimento porque a gente brigou muito pra ter duas salas, porque

não é certo atender uma paciente vitima de VVS com uma colega do lado fazendo relatório, com outra pessoa batendo na porta, então a gente conseguiu mostrar pra direção que era importante ter uma sala pra gente conseguir ter uma escuta dessa mulher, mas isso foi uma luta conseguir. A direção é ruim? Também não, a gente não tem espaço físico. Isso aqui teve que ser desalojado, aqui era outra coisa que eles tiveram que tirar pra conseguir montar essa sala aqui. Então assim, cada dia você vai caminhando, mas não é fácil. Mas a gente continua por quê? Porque a gente acredita naquilo que faz, eu sei que tá muito longe do que seria o ideal, mas você tá aqui e você tem que fazer o melhor possível (AS2b).”

Esta problemática não atinge só o trabalho dos assistentes sociais, mas atinge também todo o coletivo dos trabalhadores da saúde. De forma muito assertiva, Matos (2013) pontua que a forma como está estruturado o trabalho coletivo em saúde, que se configura por meio de várias ações fragmentadas, sobrepostas, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, tendo como objeto de suas ações a doença, e não a saúde propriamente dita, reflete a dificuldade que os gestores de políticas públicas de diferentes esferas têm de efetivar a política universal e de direitos que o SUS preconiza.

- d) O quarto ponto salientado na fala das entrevistadas é que, neste tipo de atendimento, se faz imperativo levar em consideração no cotidiano da atuação profissional os fatores que contribuem para o agravamento dos danos emocionais da vítima e procurar envolver a família ou a rede de apoio a essa mulher em seu tratamento.

“Ela tá ali, fragilizada, assustada, porque é assim que elas chegam... não só chegam, mas permanecem, antes, durante, pós-aborto, nesse processo de impacto emocional ‘quem sou, quem sou eu agora, minha identidade feminina, pra onde foi? Minha sexualidade...’ (...) é importante falar, influencia no relacionamento dela afetivo conjugal (...). Eu sempre pergunto ‘eu posso chamar seu companheiro pra conversar um pouco sobre o que aconteceu com você’, principalmente quando elas dizem ‘poxa, ele não quer nem chegar perto de mim, ele não me entende, ele tá me culpando’ aí a gente chama pra tá (...) justamente mostrando que não foi culpa dela, ela não tava com a bunda aparecendo, não tava... e mesmo que tivesse. Existe aí homem que a acha que a mulher é objeto de desejo e ele ali pode ter um poder sobre ela se assim desejar, então ele intercepta na rua, entra dentro da casa, enfim, no trabalho, porque tem muitas que são abusadas no trabalho, acho que é isso né? (AS2a).”

A terceira ideia associada enquanto alternativa para o enfrentamento das dificuldades de oferta deste tipo de atendimento é a necessidade de *estruturação*

*dos serviços para que estes possam oferecer de forma descentralizada a atenção integral à mulher* durante e depois da interrupção da gestação, a fim de evitar a revitimização das mulheres. Para tanto, se faz necessário melhorar os fluxos de atendimento já estabelecido e difundir o mesmo na rede de serviço a fim de evitar que as mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei peregrinem pelos serviços à procura de atendimento.

“Acho que se pensar alternativas mais próximas da população. Uma coisa mais micro, sei lá, cada região pelo menos ter um equipamento que possa estar dando suporte...mas suporte até o final, não é que a gente não consegue dar o suporte, a gente faz o atendimento, mas a gente não pode ir até o final do atendimento, então a gente tem que reencaminhar, e aí eu acho que é nesse reencaminhar (...) que a coisa se perde. Porque aí a mulher talvez se encorajou um pouco de vir a uma unidade de atenção de saúde e ela vai ter que ser encaminhada para um outro local, aí chega lá, vai ter que contar tudo de novo (...) isso é difícil né? Porque não sei no imaginário dela o que pode estar passando ‘ah, será que estão desconfiando de mim? Será que vou ter que ir a outro lugar contar de novo pra ver?’ Então acho que além do que ser constrangedor, acho que até o fato dela ter que falar uma, duas, três, quatro... já é complicado, então eu acho que se a gente pudesse amarrar um pouquinho mais a coisa fluiria melhor. (AS3a).”

Outro ponto abordado dentro da discussão de estruturação dos serviços foi a necessidade de se buscar o consenso dentro da própria equipe de saúde que atua nas unidades referenciadas para atendimento às mulheres em situação de violência, no que diz respeito à sensibilização dos mesmos em relação à necessidade de visibilidade deste direito dentro do contexto de formulação e implementação das políticas públicas na área da saúde.

“(...) o diálogo com os outros profissionais, de você ter argumentação, de você também no dia a dia sensibilizar o colega, de você mostrar pro colega que ele também precisa ter escuta sim, que ele também tem que repensar a conduta dele (...) (AS2b).”

“Aí vamos do macro ao micro. Pro macro, se existem gestores, coordenadores com um olhar sobre essa questão, olhar político, social, um olhar ético (...) mostrar por A mais B que é uma questão que ela não é menor no contexto dos ditos programas de saúde, que ela está dentro, ela não é menor, ela não está a parte e pensando (...) mais no nosso cotidiano profissional, no nosso processo de trabalho, tentar ter uma postura profissional diferente. É claro que isso é muito difícil, às vezes, eu mesmo muitas vezes fico desestimulada, às vezes, eu penso ‘ah, vou deixar isso pra lá’, aí eu vejo outra mulher aqui na minha frente, ‘não, eu vou ficar até me ouvirem’ (...) é justamente a recusa dessa equipe da enfermagem e do médico de autorizar o aborto para essas mulheres que sofrem o violência dos seus companheiros e a outra situação que foi o tempo, essa relação entre o tempo da ultrassonografia e o tempo

da última menstruação e o tempo...do que elas falam do aborto, que também recusam. Então, a saúde mental que propôs sentar, na próxima terça feira (...) sentar o serviço social, saúde mental e enfermagem, lá embaixo, pra discutir essa questão ‘pera lá, tem alguma coisa aí errada’, porque isso tá acontecendo num gradativo assim, cada vez tá se exacerbando(...) não basta só o serviço social chegar lá na enfermagem... ‘olha, faltou o BO e não vou fazer’ aí vai lá a assistência social, igual uma louca ‘não, você tem que fazer’ não é assim, (...) não basta só um profissional falar, de uma categoria, de uma disciplina, tem que ter uma fala única (...) será que todos estão entendendo que o aborto legal é um direito, que tá preconizado dentro do contexto da saúde pública, que precisamos lutar e brigar para que isso seja ampliado, para que essas mulheres sejam atendidas de uma forma...de outra forma, não só aqui, mas que haja na rede outros locais que propiciem esse acesso, será que isso é único?(...) voltando um pouco para essa questão dos valores morais, éticos e religiosos, tentar desconstruir entre os colegas essas visões deturpadas de que ‘por que ela não encaminha pra adoção?’, mas ali é o corpo dela, ela sofreu um abuso, qual o simbólico dessa gestação? E isso é muito difícil, mexer com a subjetividade, porque religião implica subjetividade, valores morais (...).E aí eu escuto ‘você deve ter uma religião, deve ter, e você?’, não importa, eu nunca digo se sou contra ou a favor, porque pra mim, em primeiro lugar aborto legal, política pública, política de saúde, direito da mulher, mulher enquanto sujeito, isso é fruto de que, o que está colocado nessa sociedade, eu entendo assim(...) era importante que se tivesse um consenso aqui entre a gente, mas não tem, eu já tentei, já busquei, e não tem, então não posso também paralisar por conta disso, né? E aí o que é possível fazer fora do serviço social, com a saúde mental, com a direção, que proposta dá pra levar, o que é possível construir, por que não foi construindo (...) verdade é sistematizar o que é feito, mudar uma ou outra coisa, jogar realmente uma discussão técnica, teórica, porque acaba ficando solto, né? E aí é complicado ficar dessa forma e aí vai continuar esse tipo de encaminhamento, vai lá no serviço social que elas vão te escutar, depois vai na saúde mental com um bilhetezinho da enfermagem (...) aí vem a mulher com aquele bilhetezinho, passa pra uma passa pra outra. (AS2a).”

Cabe ressaltar que, por diversas vezes, pôde se observar na fala das entrevistadas certa frustração e indignação em relação à forma como esta assistência vem sendo prestada às mulheres no município do Rio de Janeiro. A ponto das profissionais desenvolverem vários sentimentos, como impotência, angústia, indignação e um desejo de livrar-se do problema, não por não o perceberem como um problema pertinente ao seu campo de atuação profissional, mas, sim, devido à vontade de ter uma resposta mais rápida e adequada, embora sem saber para onde encaminhar ou o que fazer.

As alternativas apontadas pelas assistentes sociais evidenciam, em consonância com o pensamento de Leocádio (2006), que ainda predomina no SUS a manutenção de um padrão de assistência, cuja cobertura dos serviços não atende em absoluto as reais necessidades da população feminina, sobretudo, as mulheres mais pauperizadas, que representam a maioria das usuárias do SUS, e que quando

enfrentam o drama da gravidez resultante de um abuso sexual ainda continuam à mercê de sua própria sorte.

O entendimento mais democrático sobre o direito ao acesso à interrupção da gestação prevista em lei, observado no posicionamento das assistentes sociais, leva em consideração o entendimento das mesmas acerca do respeito pleno à autodeterminação sexual e reprodutiva da mulher. Conforme pode ser observado em suas falas.

Farias (2009) pontua que tal posicionamento tem relação direta com a própria formação profissional dos assistentes sociais, uma vez que seu código de ética estabelece, por princípio, uma concepção de emancipação dos indivíduos com base na equidade e justiça social que assegure a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas, independentemente da classe social, sexo ou etnia a que os usuários dos serviços de saúde venham a pertencer.

Vasconcelos et al (2007) corrobora com tal posicionamento quando afirma que entre todas as categorias de profissionais inseridos na área da saúde, os assistentes sociais se destacam dos demais devido à sua formação profissional ser voltada para a defesa da garantia dos direitos à cidadania dos usuários, bem como a viabilização do acesso aos serviços públicos, referendando, assim, os ganhos constitucionais no âmbito da Seguridade Social.

Segundo a referida autora, isso só ocorreu pelo fato dos assistentes sociais terem tido avanços na definição de um projeto de profissão articulado às necessidades e interesses da população brasileira, fato esse que não foi verificado na formulação dos projetos ético-políticos dos demais profissionais de saúde.

No que se refere à particularidade do trabalho do assistente social na saúde, Matos (2013) pontua que os assistentes sociais, quando lidam com a política de saúde, não desenvolvem no seu exercício profissional nenhum procedimento interventivo ou mesmo conhecimento que só sirva e se explique para a atuação na área da saúde. E que embora não haja uma atuação ou saber exclusivo do Serviço Social nesta área, como também em nenhuma área das políticas sociais setoriais, há no exercício profissional na área da saúde particularidades que precisam ser desvendadas.

Neste sentido, Costa (2007) assertivamente pontua que o Serviço Social se legitima na saúde a partir das contradições fundamentais existentes na política de saúde, e isto inclui as contradições existentes na efetivação da política de saúde da

mulher, pois é nas lacunas geradas pela não implantação efetiva do SUS que os assistentes sociais vêm sendo demandados a intervir, se constituindo por meio de sua atuação profissional como elo invisível do SUS. Entretanto, a referida autora lamenta que esse modo operante não seja vistos por muitos profissionais de serviço social como trabalho, mas, sim, tratados como inúmeras exceções.

No que concerne à discussão sobre a importância da reflexão sobre o cotidiano profissional do assistente social dentro da política de saúde sexual e reprodutiva das mulheres, Alves (2012) destaca que este é um espaço, visto que nele prevalece a rotina, a reprodução da prática por ela mesma. Essa reprodução ocorre naturalmente e possibilita ao profissional uma sensação de segurança, uma vez que esse profissional pode se ‘acostumar’ a exercer sua prática naquele espaço sócio-ocupacional dessa ou daquela forma. Neste sentido, o grande desafio imposto aos profissionais de serviço social está no risco de que essa rotina os ‘engula’ de tal forma que venha a levá-los a um engessamento do pensamento e do processo de reflexão, tornando-os reféns de sua própria rotina.

Mantendo esta linha de pensamento, Iamamoto (2007) reitera que para se chegar à realidade e nela intervir é preciso percorrer um árduo caminho que só é possível por meio da apropriação de um conhecimento teórico-metodológico, ético-político e técnico-interventivo. Isto porque, embora as possibilidades estejam dadas na realidade, elas não são automaticamente transformadas em alternativas para os profissionais.

A referida autora ainda afirma que:

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo (Iamamoto, 2007, p. 20).

Para tanto, segundo Melo (2011), o profissional deve estar aberto à reflexão, à busca de um pensamento e um posicionamento crítico, remando muitas vezes contra a maré da rotina cotidiana, da falta de tempo e do desencanto teórico posto à prova pela prática.

Ressalta-se que as alternativas apontadas ao longo deste subcapítulo são de extrema relevância para a legitimação da política de saúde das mulheres, no que

concerne à defesa da viabilização do acesso das mulheres aos serviços de interrupção da gestação prevista em lei. Porém acrescenta-se que o enfrentamento de tais questões está para além das formas institucionalizadas de tratar o problema. Pois, como ressalta Minayo (2006), ao agir deste modo gestores e profissionais de saúde correm o risco de confinar sua atuação nos tentáculos da burocracia, em lugar de torná-lo uma questão de debate público.

Tal fato é corroborado por Villela e Barbosa (2011) quando estas pontuam que o simples fato de existir serviços cadastrados para a realização do aborto legal no país, bem como a Norma Técnica que estabelece diretrizes para a efetivação desses serviços com qualidade técnica e humana, apesar de serem medidas fundamentais, ainda não é suficiente para romper com os obstáculos impostos a tal efetivação de direitos. As autoras destacam que a regulamentação desta atenção, por si só, não tem garantido às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei o acesso a esta atenção em saúde de forma digna e segura.

Pelo exposto ao longo deste estudo, a reflexão sobre a inserção do Serviço Social no contexto do trabalho coletivo em saúde na atenção às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei é importante porque traz balizas mais claras sobre as origens dos limites postos ao seu exercício profissional. Conforme ressalta Matos (2013), estes limites são estruturais da própria política e dos serviços de saúde, bem como das características próprias da constituição da profissão no país. Uma vez que tais fatores identificados nos dão melhores condições para o enfrentamento da realidade e nos permite construir estratégias, possíveis e coletivas, para o aprimoramento não só de nosso exercício profissional comprometido com os direitos dos usuários dos SUS, dentre estes se destaca a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

## 5 Considerações finais

Este estudo pretendeu analisar as concepções e as atuações dos assistentes sociais na atenção às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei, nos serviços de saúde do município do Rio de Janeiro, que são referência para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual no período de 2005 a 2013. E como objetivo específico, se propôs a caracterizar os/as assistentes sociais inseridos/as nas unidades de saúde referência para o atendimento às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei; compreender seu processo de qualificação para o atendimento às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei; identificar as ações desenvolvidas pelos/as assistentes sociais na viabilização do acesso à interrupção da gestação prevista em lei e analisar os limites e possibilidades, na visão dos assistentes sociais, para o acesso das mulheres a esse direito.

Ao longo deste estudo, busquei deixar nítida a importância da atuação dos assistentes sociais na viabilização do acesso à interrupção da gestação prevista em lei dentro do setor saúde, tal fato se justifica, porque a referida categoria profissional é, na maioria dos casos, o profissional referenciado para viabilização dos direitos dos usuários dentro dos serviços, além destes constituírem o elo entre estes usuários e os demais profissionais e serviços existentes tanto dentro quanto fora da saúde.

Ressaltei também que a atuação dos assistentes sociais é norteadada pela defesa intransigente dos direitos dos usuários, pela universalidade do acesso, pela integralidade das ações em saúde e pela atuação na viabilização desburocratizada do acesso dos usuários aos seus direitos. Em resumo, os assistentes sociais em seu cotidiano profissional atuam em defesa da promoção da justiça social e dos direitos dos usuários dos serviços em que atuam. Sendo assim, tal categoria possui características que são de extrema importância para garantir a efetivação dos direitos das mulheres com demanda pelo aborto previsto em lei.

Muito embora a intervenção dos assistentes sociais nas situações de abortamento legal seja uma questão que está frequentemente posta na atuação dos

mesmos no dia a dia dos serviços de saúde, o que se observa é que tal temática ainda não ganhou relevância na produção acadêmica e teórica desta categoria. Pouco ou quase nada é produzido a respeito, evidenciando que este tema ainda é muito marginalizado e não se constitui objeto de estudo sistemático dentro da categoria.

No que diz respeito à intervenção dos assistentes sociais, os dados apresentados neste estudo chamam atenção para uma questão preocupante, que tem rebatimento na qualidade da atenção às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei, a desvalorização profissional sofrida por esta categoria dentro da área da saúde, principalmente na atenção à política de saúde da mulher, apesar da própria Norma Técnica de Abortamento (MS, 2011) destacar que a atuação desse segmento de profissionais é primordial para a atenção psicossocial das mulheres com demanda pelo abortamento. Tal fato evidencia um desmonte não só de uma política de seguridade social, como é a política de saúde, como também demonstra a precarização dos serviços de saúde e desvalorização da profissão de serviço social dentro desta ótica de mercantilização da política de saúde que atualmente permeia a gestão do SUS em nosso país.

Outro fator relevante destacado neste estudo é a pouca oferta de serviços para a realização do aborto previsto em lei, uma vez que só existe um único serviço situado na capital para atender todo o estado do Rio de Janeiro. Tal fato demonstra que a efetivação e implantação deste serviço, dentro dos programas de assistência à saúde das mulheres, vêm ocorrendo de forma lenta e gradativa. Isto ocorre porque a discussão sobre a necessidade de ampliação do acesso a esses serviços no Brasil ainda esbarra na discussão da interrupção da gravidez sob a ótica dos valores, da moral e da religião, atrelado a interesses políticos e econômicos, deixando de ser discutida a partir de uma ótica de respeito aos direitos humanos destas mulheres, mesmo quando se trata de uma gravidez decorrente do estupro. Evidenciando a necessidade de se tratar tal assunto não somente como uma questão de saúde pública, mas também de justiça social.

Ressalta-se que a gravidez decorrente de estupro é compreendida por muitas mulheres como uma segunda violência. A vivência deste processo é dolorosa e desencadeia em muitas mulheres inúmeros sentimentos e sensações, marcando profundamente esse processo como sendo um momento de difícil escolha, apesar

de estas estarem aparadas por lei e contarem com apoio profissional dentro dos serviços de saúde.

Infelizmente, o que se observa é que as mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei no Brasil ainda enfrentam várias barreiras para conseguir um bom atendimento nos serviços públicos de saúde e, na maioria das vezes, devido à dificuldade de acesso aos serviços e de conhecimento sobre seus direitos, elas se deparam diante de apenas duas alternativas: a resignação ou a prática insegura do abortamento.

Cabe destacar que as dificuldades observadas no atendimento às mulheres em caso de interrupção da gestação prevista em lei se constituem em uma questão séria, que representa risco de morte para essas mulheres, pois contribui para que muitas delas façam a opção por interromper a gestação de forma clandestina, como consequência da falta de acesso ao serviço de aborto seguro, evidenciando a violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e a existência de um grande recuo no âmbito da garantia e viabilização dos direitos civis adquiridos pelas mulheres em nosso país.

Remetendo-nos diretamente aos resultados deste estudo, ressalta-se que um número significativo de profissionais encontra-se desatualizado diante da necessidade de aprimoramento imposta pelas inúmeras e diversificadas ações presentes no dia a dia da atuação profissional, ocasionadas pelas constantes transformações ocorridas em nossa sociedade e que têm rebatimento direto nas demandas que chegam aos serviços de saúde. Este resultado aponta também a dificuldade que os profissionais de saúde têm de conseguir incentivo e/ou até mesmo liberação por parte de suas chefias para estarem se capacitando. Observa-se que não há, por parte dos gestores, seja na esfera federal, estadual ou municipal, o cumprimento do que preconiza a Política de Recursos Humanos do SUS, no sentido de estimular os profissionais a estarem buscando se qualificar para oferecer um atendimento mais adequado aos usuários dos serviços de saúde.

No que concerne à compreensão sobre o processo de qualificação dos sujeitos entrevistados para o atendimento às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei, o resultado deste estudo aponta a limitada participação em cursos, capacitações e treinamentos, devido à carência da oferta de qualificação para os profissionais de saúde inseridos neste atendimento, aliada à ausência de abordagem sobre esta temática, como uma questão de saúde pública,

durante a graduação e também na pós-graduação destas profissionais, contribuindo para a invisibilidade da demanda e comprometendo a qualidade da assistência prestada.

Confirmando a necessidade de investimento e ampliação das capacitações e acompanhamentos continuados não só dos assistentes sociais, como também dos demais profissionais que atuam dentro e fora da área de saúde. Os resultados apontam também que, além do enfoque no preparo técnico, é importante discutir e estimular a disponibilidade interna para ouvir e orientar a função social dos profissionais e dos serviços inseridos com interface neste tipo de atenção.

Entendemos que há uma necessidade de que tanto gestores quanto profissionais de saúde possuam o entendimento de que a temática da interrupção da gestação prevista em lei deve ser vista enquanto uma questão de política pública, pois só assim conseguiremos reduzir a reprodução dos estereótipos de gênero ancorados no senso comum ainda tão presente no agir destes profissionais e que se constituem enquanto obstáculos para efetivação desta atenção.

Em relação à identificação das ações desenvolvidas pelas assistentes sociais na viabilização do acesso à interrupção da gestação prevista em lei, este estudo aponta para os seguintes aspectos:

a) O entendimento das assistentes sociais sobre o aborto legal: neste ponto, constatou-se que as entrevistadas entendem o aborto legal enquanto um direito da mulher previsto em lei, assim sendo, esta prática possui respaldo legal, é compreendida como um direito de escolha da mulher e que, portanto, se sobrepõe ao direito de objeção de consciências dos profissionais de saúde. Tal perspectiva está ligada à noção de respeito à escolha da mulher, de respeito à sua autonomia e à sua autodeterminação sexual e reprodutiva, ao entendimento da mulher enquanto cidadã, portanto, sujeito de direito e capaz de fazer escolhas conscientes a respeito da sua própria vida.

Neste sentido, tal direito se sobrepõe aos aspectos éticos e religiosos que normatizam e permeiam as relações sociais e que se manifestam no agir dos profissionais de saúde camuflados na alegação de objeção de consciência, argumento recorrentemente utilizado pelos profissionais que se recusam a realizar o aborto legal. Na concepção das entrevistadas, a vivência religiosa não deve servir para orientar as práticas dos profissionais que atuam no âmbito das políticas

públicas, em observância ao princípio ético da laicidade do Estado, conforme prevê a própria Constituição Federal de 1988.

As entrevistadas atrelaram a noção de aborto legal, enquanto respeito ao direito da mulher, à defesa de uma concepção mais ampliada dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, associando a defesa ao aborto legal à defesa pela ampliação do direito à interrupção da gestação também nas outras situações nas quais a mulher não deseje levar a termo uma gravidez não planejada, bem como também defendem que haja, por parte dos formuladores da política de saúde, um maior investimento e ampliação do acesso, de forma desburocratizada, das mulheres à laqueadura de trompas e às demais ações no âmbito do planejamento familiar.

Tais medidas contribuiriam para reduzir os altos índices de mortalidade materna em nosso país e garantiriam que as mulheres pudessem ter um atendimento digno e humanizado dentro de uma perspectiva realmente de integralidade e universalidade na atenção em saúde. Esta perspectiva evidencia a defesa de uma concepção de política de saúde para a mulher a partir de uma visão mais ampla e completa, vendo a questão da saúde da mulher como um todo, indo além do entendimento da mulher apenas enquanto mãe/gestante, respeitando também o seu direito a não maternidade.

Tal posicionamento evidencia que estas profissionais possuem um entendimento emancipatório acerca dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, indo ao encontro do que prevê os princípios do seu próprio código de ética no que tange à concepção de emancipação social dos sujeitos.

Nesta discussão, as entrevistadas também fazem uma crítica ao uso equivocado do direito à objeção de consciência por parte, principalmente, dos médicos, partindo da ótica de que a prática dos profissionais de saúde deve estar ligada à noção de que o direito da mulher a ter acesso à interrupção da gestação prevista em lei se sobrepõe ao direito do profissional de saúde de alegar objeção de consciência.

As entrevistadas também fazem menção à questão da responsabilização do Estado no cumprimento do seu papel de viabilizar a oferta deste serviço e garantir a execução do mesmo. No entendimento destas, o Estado tem a obrigação de dar condições para que as mulheres com demanda pela interrupção da gestação

prevista em lei tenham acesso a este serviço, pois a não realização do mesmo se constitui uma violação dos direitos humanos das mulheres.

b) O entendimento das assistentes sociais sobre a prática do aborto legal: a análise das falas das entrevistadas apontou para a existência de uma ambiguidade na realização deste atendimento, isto porque os profissionais de saúde, em seu agir profissional, apresentam dificuldades de tornar legítimo aquilo que já é considerado legal pela nossa legislação. Tal fato demonstra que tanto os gestores de saúde quanto os profissionais ainda possuem dificuldades de entenderem a atenção ao abortamento legal enquanto um direito da mulher. Na opinião das assistentes sociais entrevistadas, há um desrespeito à garantia deste atendimento, pois, quando se pensa em prioridades dentro da política de saúde da mulher, a oferta deste serviço não aparece enquanto prioridade. Outro dois pontos que foram destacados nesta discussão são: a necessidade do Serviço Social ter que intervir, na maioria das situações, para que o acesso das usuárias à interrupção da gestação viesse a acontecer, e o fato das entrevistadas constantemente relatarem a ausência de interdisciplinaridade durante o atendimento a essas mulheres, evidenciando, assim, a existência de uma prática fragmentada que não contribui, de forma alguma, para a efetivação dos direitos destas mulheres. Muito pelo contrário, só contribui para que haja um processo de revitimização destas.

c) A concepção sobre as formas de acesso das mulheres à interrupção da gestação prevista em lei no município do Rio de Janeiro: neste ponto, a análise da fala das entrevistadas permitiu identificar a existência de diversos fatores que limitam a garantia de acesso das mulheres aos serviços de interrupção da gestação prevista em lei no município do Rio de Janeiro, isto porque o tema ainda se constitui um tabu desencadeando inúmeras polêmicas para sua efetivação. As falhas observadas na garantia deste acesso vão desde o nível macro (elaboração e formulação desta política pública de saúde) até o nível micro (organização dos serviços de saúde e efetivação da assistência), demonstrando que ainda há algumas barreiras a serem superadas para que este acesso se concretize.

d) As orientações fornecidas às mulheres que procuram pelo serviço de interrupção da gestação prevista em lei: nesta análise, foi possível constatar que as entrevistadas ofereciam às usuárias informações diversificadas, tendo sempre como premissa as demandas trazidas pelas usuárias. Estas informações foram desde orientações sobre aspectos legais, protocolo e fluxo de atendimento, direitos

previdenciários e trabalhistas, até o empoderamento desta mulher. Outro ponto verificado é que a incumbência de informar e orientar as usuárias acerca dos direitos e serviços relacionados ao acesso à interrupção da gestação prevista em lei e os demais direitos e benefícios correlatos, nos serviços estudados, predominantemente vem sendo realizado apenas pelo serviço social, quando caberia a todas as demais categorias profissionais estarem realizando este tipo de ação. Tal fato resulta em um acúmulo de serviços sobre a responsabilidade da equipe de serviço social, aponta a necessidade de uma abordagem que contemple a integralidade e a interdisciplinaridade para lidar com os impactos significativos vividos pelas mulheres com demanda de interrupção da gestação prevista em lei e também para a ausência de um consenso entre os profissionais em relação à prática do aborto legal.

e) Os conhecimentos das assistentes sociais sobre os aspectos éticos relacionados à viabilização do direito das mulheres ao aborto legal: evidencia a existência de uma contraposição entre a Ética Profissional x Ética Moralizante no agir dos profissionais inseridos nos serviços que prestam atendimento às mulheres com demanda pelo aborto legal. As entrevistadas relacionam como questões éticas o respeito à liberdade de escolha da mulher, o repúdio ao julgamento de valores e o tratamento discriminatório durante o atendimento, a observância dos aspectos éticos preconizados em seu código de ética, e a observância ao que preconiza a legislação brasileira e os princípios e diretrizes do SUS em relação ao direito ao aborto legal. Neste sentido, a análise da fala das entrevistadas demonstra a urgência da discussão sobre a questão ética na área da saúde, uma vez que se identificam inúmeras dificuldades existentes na postura dos profissionais de saúde em dissociarem suas convicções pessoais da sua prática profissional e de garantir um atendimento que prime pelo respeito à equidade, justiça e cidadania das mulheres.

f) A concepção das assistentes sociais em relação às principais dificuldades para exercer esse tipo de atendimento: a análise das entrevistas identificou inúmeras dificuldades presentes desde o nível da gestão em saúde até a formação profissional. E os padrões societários relacionados aos seguintes aspectos: receio que a incorporação desta demanda sobrecarregasse os serviços de saúde; a falta de vontade política em debater o assunto; a interferência de valores éticos, religiosos

e morais; a ausência de infraestrutura e a carência de capacitação profissional para realização do atendimento.

Para tanto, faz-se necessário que haja por parte do mesmo um maior investimento não só financeiro, mas também na qualificação de recursos humanos, visando a real estruturação destes serviços por meio de ações com ênfase na organização, ampliação e divulgação dos mesmos.

Outro aspecto a ser destacado, dentro desta discussão, é a dificuldade de ofertar o atendimento quando a mulher não consegue fornecer a data exata da ocorrência do episódio de violência ou quando o abuso sexual é cometido pelo próprio parceiro ou ex-parceiro da vítima, tal posicionamento aponta a existência de certa desconfiança por parte de alguns profissionais de saúde em relação à veracidade da palavra da mulher que alega estar grávida em decorrência de um abuso sexual e evidencia a inabilidade no trato das questões de gênero.

A ausência de infraestrutura e a carência de capacitação profissional para realização do atendimento é outro aspecto que, na perspectiva das assistentes sociais entrevistadas, se constitui como um obstáculo que inviabiliza as mulheres a terem acesso ao seu direito de saúde. As assistentes sociais entrevistadas relacionam tais fatores como consequência do modelo privatista de gestão da saúde, que produz os seguintes impactos sobre a atenção à saúde das mulheres: a fragmentação e desarticulação da assistência prestada a estas mulheres, a descontinuidade da assistência ofertada a estas mulheres, a ausência da dinâmica e organização dos serviços de saúde, a carência e a dificuldade de se realizar uma sensibilização junto aos profissionais de saúde devido à rotatividade dos mesmos nos serviços e a existência de uma sobrecarga de serviços que não só comprometem a qualidade da atenção a estas mulheres, como também se constituem enquanto impeditivos para o acesso das mulheres a este direito. Constata-se a ausência de uma política pública de saúde voltada para as mulheres, que se efetive de forma plena e que respeite o princípio de integralidade da atenção em saúde, como preconiza o SUS.

g) A opinião sobre as possíveis alternativas utilizadas no enfrentamento das dificuldades para exercer o atendimento às mulheres com demanda pelo aborto legal: os resultados do estudo sinalizam que, na concepção das entrevistadas, estas dificuldades podem vir a ser superadas através do investimento em iniciativas que visem à formulação e efetivação de políticas públicas com ênfase na prevenção e

atenção às mulheres com demanda pelo aborto legal, tendo como ponto de partida os seguintes focos: a criação de estratégias por parte do Estado que coíbam a interferência da religião na formulação das leis; a realização de um maior investimento dos gestores de saúde na capacitação continuada dos profissionais acerca desta temática e no investimento na divulgação e ampliação do serviço ao aborto legal; e o investimento na divulgação e ampliação do serviço ao aborto legal e estruturação dos serviços para que estes possam oferecer, de forma descentralizada, a atenção integral à mulher.

Neste sentido, a fala das entrevistadas remete ao entendimento de que o poder executivo (nos três níveis de gestão), bem como o legislativo e o judiciário, possuem um protagonismo no que tange à formulação, execução, implementação e implantação dos serviços de atenção às mulheres em situação de aborto legal. E isto inclui o compromisso em oferecer um serviço efetivo e de qualidade às mesmas, sobretudo, no que concerne à garantia e defesa dos seus direitos enquanto cidadã.

A superação de todas as dificuldades de acesso ao aborto permitido por lei apontadas neste estudo passa pelo reiterado esforço de diálogo social por parte das pessoas comprometidas com a saúde e os direitos das mulheres. E, como bem pontua Villela e Barbosa (2011):

Exige também um especial empenho por parte dos gestores da área da saúde e de profissionais comprometidos com a consolidação das diretrizes do SUS no sentido de buscar formas para divulgar os serviços junto à população e estabelecer estratégias de gestão, e para garantir monitoramento e controle social que assegurem a efetivação desse direito. Além disso, também é necessário que se cumpra outra normatização, a que orienta as práticas no sentido da atenção humanizada ao aborto inseguro (Villela & Barbosa, 2011, p.88)

Tomando como ponto de partida a análise das políticas públicas voltadas para a atenção às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei, recomenda-se que haja uma mudança de postura tanto dos gestores quanto dos profissionais de saúde no que diz respeito à implantação e implementação deste serviço, bem como sua ampliação no município do Rio de Janeiro. Já que este tipo de assistência em saúde se constitui enquanto fator primordial para efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e requer que a prática profissional se dê de forma humanizada, e isso inclui buscar facilitar o máximo possível o acesso

das mulheres ao exercício deste seu direito. Para isto, é de extrema importância abolir as práticas burocráticas que se constituem como obstáculo para o acesso das mulheres ao direito à interrupção da gestação prevista em lei, visando, assim, o respeito às suas escolhas e evitar a revitimização das mesmas.

Os resultados deste estudo ratificam que muito mais do que criar os serviços é necessário dar condições para o seu pleno funcionamento, é necessário capacitar e sensibilizar as equipes de saúde para a realização do atendimento dentro de uma lógica interdisciplinar, com ética e respeito ao sofrimento destas mulheres, é necessário também acabar com o excesso de burocracia e com a demora no atendimento, pois isto contribui para que as mulheres percam o prazo para a realização da interrupção da gestação e, por fim, é necessário dar visibilidade a estes serviços para que as mulheres possam ter informações sobre seus direitos.

Neste sentido, reitera-se a necessidade de que haja um maior investimento e comprometimento, por parte das instituições responsáveis pela gestão da política de saúde do município do Rio de Janeiro, em garantir a promoção e realização de cursos e capacitações em caráter permanente e continuado, visando à qualificação da assistência, a promoção e ampliação dos serviços de atenção à interrupção da gestação prevista em lei.

Tendo em vista uma perspectiva de transformações desta lamentável realidade que é a falta de acesso das mulheres à interrupção da gestação no município do Rio de Janeiro, faz-se necessário que tanto gestores de saúde quanto profissionais se empenhem para ressignificar suas ações na atenção à viabilização do acesso às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei, revendo seus valores e fazendo uma reflexão crítica sobre a qualidade da atenção em saúde que vem sendo ofertada a estas usuárias. Visando, deste modo, modificar a forma como estas vêm sendo tratadas nos serviços de saúde e atender ao que está previsto acerca deste direito nas normativas e na legislação.

Na direção de uma resposta mais efetiva na atenção às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei, colocam-se os seguintes desafios: ampliação das capacitações; produção de materiais educativos dirigidos à instrumentalização dos profissionais (em diferentes formatos); ampliação destes serviços; a criação de mecanismos de monitoramento e avaliação destes serviços; o estímulo à inclusão do tema na formação profissional tanto dos assistentes sociais quanto dos demais profissionais de saúde e no desenvolvimento de

pesquisas e projetos de extensão em parceria com as universidades no âmbito dos serviços.

Entre os objetos teóricos que podem vir a servir de base para outros estudos, sugerimos: as percepções dos profissionais de saúde sobre o impacto da privatização na oferta deste tipo de atendimento (fragmentação das ações em saúde, alta rotatividade dos profissionais, fragilidade dos vínculos contratuais, carência de mão de obra especialidade); a interferência das questões religiosas e morais na formulação de leis e políticas públicas voltadas para a defesa da autodeterminação sexual e reprodutiva das mulheres e a viabilização do atendimento ao aborto legal; a análise crítica em relação às políticas que orientam essa prática e sobre os códigos de ética dos profissionais de saúde inseridos nesta atenção; e, por fim, a realização de um estudo que vise apurar a incorporação da temática do aborto legal na formação profissional das diferentes categorias contidas na área de saúde.

## Referências Bibliográficas

ADESSE, L.; ALMEIDA, L. C. R. Utilizando princípios de direitos humanos para promover qualidade nos serviços de aborto no Brasil. **Revista Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro, ago. 2006, ano1, n.1, p. 114-117.

ADRIANO, A. J. **O Serviço Social na Discussão do Aborto Por Anencefalia**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social. Santa Catarina, 2007. Disponível em: <<http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial285816.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

AGÊNCIA SENADO (Site). **Matéria:** Proposta de Reforma do Código Penal Recebe 806 emendas. Disponível em: <<http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2013/10/24/proposta-de-reforma-do-codigo-penal-recebe-806-emendas>>. Data da matéria: 24.10.2013. Acesso em: 20 dez. 2013.

ALEXANDRE, M. Representação Social: Uma Genealogia do Conceito. **Revista Comum**. Rio de Janeiro, v.10, n. 23, p. 122 a 138. Julho / dezembro 2004. Disponível em: <<http://www.sinpro-rio.org.br/imagens/espaco-do-professor/sala-de-aula/marcos-alexandre/Artigo7.pdf>>. Acesso em 02. jun. 2013.

ALVES, A. P. S. G. **A Importância do Conhecimento para a Prática Profissional**. Disponível em: <<http://www.uniesp.edu.br/revista/revista14/pdf/artigos/10.pdf>>. Acessado em: 07 jul. 2014.

AMADOR, J. R. O. O exercício profissional do serviço social no capitalismo contemporâneo: desafios e possibilidades para a efetivação do Projeto Ético-político. **O Social em Questão**. N. 25/26, Ano 2011. p. 345-356.

ASSIS, M. M. A; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.8, n.3, 2003. p. 815-823.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 465-469, ago./set. 2003.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Tradução: Waltensir Dutra. Editora: Nova Fronteira (1980).

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BARROCO, M. L.; TERRA, S. H. **Código de Ética Profissional do/a Assistente Social Comentado**. CFESS (Org.). São Paulo. Cortez, 2012.

BRASIL. **Constituição da República. Artigos 194, 196**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 29 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 29 jan. 2014.

BEHRING, E. R. **Brasil em Contra Reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo. Cortez, 2003.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: Fundamentos e História. São Paulo: Cortez, 2006.

BOBBIO, N. **A Era dos Direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho, 10ª edição. Editora Elsevier. Rio de Janeiro, 2004.

BONETTI, D. A.; VINAGRE, M.; SALES, M. A.; GONELLI, M. M. V. (Org.). **Serviço Social e ética**: convite a uma nova práxis. 13ª edição. Editora Cortez. São Paulo, 2012.

BRAGA, M. E. S.; MESQUITA, M.; MATOS, M. C. Descriminalização e legalização do aborto no Brasil: Uma Luta Histórica do Movimento Feminista, Incorporada à Agenda do Conjunto CFESS-CRESS. **Revista Inscrita**. CFESS, nº 14, Brasília/DF, Nov/2013, p. 26-37.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA et al (Org.). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo, Cortez Editora, 2006. p. 1-24.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA et al (Org.). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo, Cortez Editora, 2006. p. 197-217.

CARVALHO, C de S. **Maternidade, Identidade Feminina e Relações de Gênero na Cibercultura.** Disponível em: <<http://www3.eca.usp.br/sites/default/files/odainai/MATERNIDADE%20E%20IDENTIDADE%20FEMININA%20NA%20CIBERCULTURA%20ANPUH.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 14.

CAVALCANTE, A.; XAVIER, D. (Orgs.). **Em Defesa da Vida: Aborto e Direitos Humanos.** Católicas pelo Direito de Decidir. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://catolicasonline.org.br/uploads/arquivo/Em%20defesa%20da%20vida%20-%20Aborto%20e%20direitos%20humanos%20-%20final.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

CAVALCANTI, L. F. Prevenção da violência sexual e avaliação dos programas de saúde: tendências atuais. In: ALMEIDA, S. S. (Org.). **Violência de gênero e políticas públicas.** Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007. p.139-156.

\_\_\_\_\_. (Coord.). **Relatório Técnico Pesquisa:** Avaliação dos núcleos de atenção às mulheres em situação de violência sexual nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. Entidade Executora: Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ) – Núcleo de Saúde Reprodutiva e Trabalho Feminino. Auxílio FAPERJ: APQ 1 – Processo nº E-26/170.965/2006. Junho de 2007 a dezembro de 2008.

CAVALCANTI, L. F. et al. Avaliação dos núcleos de atenção às mulheres em situação de violência sexual nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Revista Praia Vermelha.** Editora UFRJ. Rio de Janeiro, v.20 n.1. p.146-155, Jan-Jun 2010.

\_\_\_\_\_. Atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Revista O Social em Questão.** Ano XV, n. 28. Rio de Janeiro: PUC-Rio. Departamento de Serviço Social, 2012, v.28, p. 99-124.

CFESS. **Relatório Final do 39º Encontro Nacional Conjunto CFESS-CRESS.** Gestão 2008-2011. Florianópolis/SC. Setembro/2010. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/RELATORIO\\_FINAL.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/RELATORIO_FINAL.pdf)>. Acesso em: 03 abr. 2014.

COOK, R. J.; DICKENS, B. M.; FATHALLA, M. F. **Saúde reprodutiva e direitos humanos:** integrando medicina, ética e direito. Rio de Janeiro: Cepia, 2004.

COSTA, I. S. S. A legalidade do aborto eugênico em casos de anencefalia. **Revista Âmbito Jurídico.** Rio Grande do Sul, n.42, ano X, p.1-5, jun. 2008.

COSTA, M. D. H. da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Cortez, nº 62, 2000.

CRAVEIRO, A.V.; MACHADO, J. G. do V. C. **A predominância do sexo feminino na profissão do Serviço Social**: uma discussão em torno desta questão. Anais II Simpósio Gênero e Políticas Públicas. Universidade Estadual de Londrina, 18 e 19 de agosto de 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/jessica.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

CRESS 7ª Região/RJ. **Assistente Social**: ética e direitos -Coletânea de Leis e Resoluções. 4ª edição (revista e atualizada). Rio de Janeiro. Agosto/2002.

DA SILVA OLIVEIRA, C. A. Formação profissional em Serviço Social: “velhos” e novos tempos...constantemente desafios. **Serviço Social & Realidade**. Franca/SP, v. 13, n.2, p. 55-78, 2004.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi M. L. M.; MERCATO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis. Editora Vozes, 2004.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. A. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do Pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. Coleção Criança, Mulher e Saúde.

DINIZ, D.; CÔRREA, M. **Aborto e Saúde Pública - 20 anos de pesquisa no Brasil**. Relatório Preliminar. Área Técnica Saúde da Mulher. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

EMEMERICK, R. **Aborto**: (Des)criminalização, Direitos Humanos e Democracia. Editora Lumen Juris. Rio de Janeiro, 2008.

\_\_\_\_\_. **Religião, política e direitos reprodutivos**: A atuação dos grupos religiosos nos projetos de lei sobre o aborto e o direito à vida no Parlamento brasileiro. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/RJ, 2013.

FARIAS, R. S. **Avanços e desafios na viabilização do direito ao acesso ao aborto legal no Hospital Maternidade Fernando Magalhães na perspectiva dos profissionais de saúde**. [Monografia]. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

FAÚNDES, A. **Atendimento Integral a Mulher Vítima de Violência Sexual: Seis anos de deliberações – Síntese dos Relatórios dos Fóruns I a VI.** CEMICAMP, Campinas, 2002. Disponível em: <[http://www.aads.org.br/arquivos/faundes/Sintese\\_Foruns.doc](http://www.aads.org.br/arquivos/faundes/Sintese_Foruns.doc)>. Acesso em: 20 mai. 2014.

FAÚNDES, A.; BARZELATTO, J. **O Drama do Aborto em Busca de um Consenso.** Editora Komedi, São Paulo, 2004.

FERREIRA, A. B. de H. **Mini Aurélio Século XXI Escolar - O Minidicionário da Língua Portuguesa.** 4ª edição revista e ampliada. Editora Nova Fronteira. Rio de Janeiro, 2002.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública.** Ano 7, 2013.

GALEOTTI, G. **História do Aborto.** Editora Edições 70, Lisboa/Portugal, 2007.

GALLI, B. **Violência sexual, gravidez indesejada e acesso ao aborto legal: uma abordagem de direitos humanos e igualdade de gênero.** Rio de Janeiro: Ipas Brasil, 2005. Disponível em: <[http://www.ipas.org.br/arquivos/caso\\_out2005.doc](http://www.ipas.org.br/arquivos/caso_out2005.doc)>. Acesso em: 09 mai. 2008.

GOMES, Edlaine de C. **Notas sobre aborto e reações político-religiosas: resistências e possibilidades de diálogo.** 2008. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/artigoEDLAINEGOMES.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 11 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

LEITE, J. L. Política de Cotas no Brasil: Política Social? **Revista Katális.** Florianópolis, v. 14, n. 1, p.23-31, jan/jun.2011.

LEOCÁDIO, E. M. de A. [Dissertação de mestrado]. **Aborto pós-estupro: uma trama (des) conhecida entre o direito e a política de assistência à saúde da mulher.** Universidade Federal de Brasília. Distrito Federal, 2006, p. 1-154. Disponível em: <[http://bdtd.bce.unb.br/tesdesimplificado/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=47](http://bdtd.bce.unb.br/tesdesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=47)> Acesso em: 20 mar. 2008.

\_\_\_\_\_. **Assistência ao abortamento legal – uma ousadia de profissionais e gestores.** Rio de Janeiro: Ipas Brasil, 2005. Disponível em: <[www.ipas.org.br/arquivos](http://www.ipas.org.br/arquivos)>. Acesso em: 18 mar. 2008.

LIMA, J. S.; VIEIRA, M. S.; DIAS, M. A. B. Atenção às mulheres vítimas de violência sexual no Rio de Janeiro. In: ALMEIDA, S. S. de. (Org.). **Violência de gênero e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007. p. 175-188.

LOLATTO, S. **A Intervenção do Assistente Social Frente à Solicitação do Aborto**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina na área de concentração Serviço Social Questão Social e Direitos Humanos. Florianópolis/SC, 2004. Disponível em: <<http://www.cpihts.com/PDF04/servi%C3%A7o%20social%20e%20aborto.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

LUIZ, C. L. Mulheres em situação de abortamento: um olhar sobre o acolhimento. In: CAVALCANTE, A. e XAVIER, D. (Orgs.). **Em Defesa da Vida: Aborto e Direitos Humanos**. Católicas pelo Direito de Decidir. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://catolicasonline.org.br/uploads/arquivo/Em%20defesa%20da%20vida%20-%20Aborto%20e%20direitos%20humanos%20-%20final.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

LYRA, M.; SANTOS, R. dos (Org.). **Cartilha Uma Vida Sem Violência é Um Direito das Mulheres: “Em Briga de Marido e Mulher o Poder Público Mete a Colher”**. Superintendência Estadual de Direitos da Mulher e Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos do Estado do Rio de Janeiro (SUDIM-SEASDH/RJ). 2ª edição. Rio de Janeiro. Fevereiro de 2013.

MATOS, M. C. de. **Cotidiano, ética e saúde: o serviço social frente à contra-reforma do Estado e à criminalização do aborto**. Tese de Doutorado apresentada no Programa de Pós Graduação do Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Estado de São Paulo. São Paulo/SP, 2009.

\_\_\_\_\_. **A Criminalização do Aborto em Questão**. Editora Almedina. São Paulo, 2010.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social, Ética e Saúde: Reflexões Para o Exercício Profissional**. Editora Cortez, São Paulo, 2013.

MELO, D. C. S de. **Aborto Legal e Políticas Públicas para as Mulheres: Interseções, Construção, Limites**. Tese de Doutorado apresentada no Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco. Recife/PE, 2011.

MENDES, C. H. F. Violência Contra a Mulher e Políticas Públicas no Setor Saúde. In: ALMEIDA, S. S. (Org.). **Violência de gênero e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007. p.157-174.

MINAYO, M. C. de S. “Introdução”. In: Minayo, M.C.S.; Assis, S.G.; Souza, E.R. (orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.19-51.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª Edição, São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 2010.

MINAYO, M. C. S; FERREIRA, S; NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa Social**: método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S, SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P.; SANTOS, N. C. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Editora Fiocruz, 2005, p. 71-104.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Políticas de Saúde. **Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos para o SUS**: Balanço e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Pacto Nacional de Redução da Morbimortalidade Materna e Neonatal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: Norma Técnica. 2ª Edição Atualizada e Ampliada. Área Técnica Saúde da Mulher. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Brasília: Secretarias de Políticas, 2010.

\_\_\_\_\_. **Roteiro para uso do Sinan Net, Análise da qualidade da base de dados e Cálculo de Indicadores Epidemiológicos e Operacionais**: Violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Departamento de Análise da Situação de Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência contra Mulheres e Adolescentes**: Norma Técnica. 3ª Edição Atualizada e Ampliada. Área Técnica Saúde da Mulher. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Brasília: Secretarias de Políticas, 2011.

\_\_\_\_\_. **Relatório Saúde Brasil 2011**. Capítulo 14: Mortalidade materna no Brasil: principais causas de morte e tendências temporais no período de 1990 a 2010. Área Técnica Saúde da Mulher, 2011.

NETO, J. A.; ROCHA M. I. B. O aborto legal no Brasil: legislação, decisões políticas e serviços de atenção à saúde. In: ROCHA, M. I. B. (Coord.). **Módulo aborto. 8º programa de estudos em saúde reprodutiva e sexualidade**. São Paulo: Núcleo de Estudos de População. Universidade de Campinas, 1999. p.1-24.

NUNES, M. J. R. Aborto, Maternidade e a Dignidade da Vida das Mulheres. In: CAVALCANTE, A.; XAVIER, D. (Orgs.). **Em Defesa da Vida: Aborto e Direitos Humanos**. Católicas pelo Direito de Decidir. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://catolicasonline.org.br/uploads/arquivo/Em%20defesa%20da%20vida%20-%20Aborto%20e%20direitos%20humanos%20-%20final.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração de Pequim adotada pela Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres: Ação para Igualdade, Desenvolvimento e Paz**. ONU, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002.

PASTORINI, A. A desconstrução dos Direitos Sociais na Seguridade Social Brasileira. **Revista O Social em Questão**. Rio de Janeiro, Ano X, n. 17, p. 33-48, 2007.

PATIAS, N.; BUAES, C. S. Não tem filhos? Por quê? **Disciplinarum Scientia**. Série Ciências Humanas. v. 10, n. 1, p. 121-133, Santa Maria, 2009. Disponível em: <<http://sites.unifra.br/Portals/36/Artigos%202009%20CH/00.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. “Tem Que Ser Uma Escolha da Mulher”! Representações De maternidade em mulheres não-mães por opção. **Psicologia & Sociedade**. n. 24 (2), p. 300-306, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822012000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000200007)>. Acesso em: 12 jun. 2013.

PEREIRA, I. G.; NUNES, M.; J. R.; JURKEWICZ, R. S. et al. **Seminário Nacional de Intercâmbio e Formação Sobre Questões Ético-Religiosas para Técnicos/as dos Programas de Aborto Legal**: Aborto Legal e Implicações Éticas e Religiosas. Cadernos Católicas pelo Direito de Decidir. São Paulo, 2002.

PIMENTEL, S. Um pouco de História da Luta pelo Direito Constitucional à Descriminalização e à Legalização do Aborto: Alguns Textos, Várias Argumentações. Assim Temos Falado há Décadas. In: SARMENTO, D.; PIOVESAN, F. (Orgs.). **Nos Limites da Vida**: Aborto, Clonagem Humana e Eutanásia sob a Perspectiva dos Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2007, p. 159-181.

PORTO, D. O. Significado da Maternidade na Construção do Feminino: uma crítica bioética à desigualdade de gênero. **Revista Redbioética/UNESCO**. Ano 2, 1(3), p.55-66, janeiro-junho, 2011. Disponível em: <[http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/revista\\_3/Porto.pdf](http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/revista_3/Porto.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 14.

POUZA, A. B.; PESSOA, G. S.; CORTEZ, N. **Artigo "Dor em Dobro"**. Agência de Reportagem e Jornalismo Investigativo Publica, publicado em 29 de maio de 2014, São Paulo. Disponível em: <[www.apublica.org/2014/05/dor-em-dobro-2/](http://www.apublica.org/2014/05/dor-em-dobro-2/)>. Acesso em: 01 jun. 14.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretária Municipal de Saúde. **Resolução SMS nº 587 de 05 de setembro de 1996**. Disponível em: <[www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/Rsms.587.doc](http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/Rsms.587.doc)>. Acesso em: 09 mai. 2008.

ROCHA, M. I. B. da. **A Questão do Aborto no Legislativo Brasileiro**: uma visão geral dos anos 90 e da década atual. 2008. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008\\_1372.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1372.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2013.

SARMENTO, D. Legalização do aborto e constituição. In: CAVALCANTE, A.; XAVIER, D. (Orgs.). **Em Defesa da Vida**: Aborto e Direitos Humanos. Católicas pelo Direito de Decidir. São Paulo: 2006. Disponível em: <<http://catolicasonline.org.br/uploads/arquivo/Em%20defesa%20da%20vida%20-%20Aborto%20e%20direitos%20humanos%20-%20final.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Caderno Pagu**. n. 16, Campinas, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-83332001000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-83332001000100008&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 jan. 2013.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**. n. 16, v.2, Porto Alegre, jul-dez 1990, p.13. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/edu\\_realidade](http://www.ufrgs.br/edu_realidade)>. Acesso em: 10 mai. 2013.

SECRETARIA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Secretaria de políticas para as mulheres. Presidência da República. Brasília, 2011.

SESSIONS, G. Avaliação em HIV/AIDS: uma perspectiva internacional. **Coleção Fundamentos de Avaliação**. n. 2. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. p. 7-27.

SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2003, v.19, n.2, p. 399-406.

SUCUPIRA, F. **Mulheres enfrentam dificuldade para realizar aborto legal – Carta Maior**. Rio de Janeiro: Instituto Patrícia Galvão, 2005. Disponível em: <<http://www.patriciagalvao.org.br/patricagalvao/home/noticias.shtml?x=190>>. Acesso em: 04 jul. 2008.

TALIB, R. A; CITELI, M. T. **Serviços de Aborto Legal em Hospitais Públicos Brasileiros (1989-2004) Dossiê**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, Cadernos n.13, 2005.

TORRES, J. H. R. **A inexigibilidade da apresentação do boletim de ocorrência policial como condição para a prática do abortamento ético ou sentimental**. Rio de Janeiro: Ipas Brasil, 2005. Disponível em: <[http://www.ipas.org.br/arquivos/Torres\\_2005.doc](http://www.ipas.org.br/arquivos/Torres_2005.doc)>. Acesso em: 04 jul. 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2004, v.20, n.2, p. 27-34.

VASCONCELOS, A. M. de. **A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez. 2003.

VIANA, M. L. T. W. **A Americanização da seguridade social no Brasil- Estratégias de Bem-Estar e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1998.

\_\_\_\_\_. O silencioso desmonte da Seguridade Social no Brasil. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.

VILLELA, W. V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, fev. 2007, v.23, n.2, p. 471-475.

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. M. **Aborto, saúde e cidadania**. Editora Unesp, São Paulo, 2011.

WESTPHAL, F. P. S. **O acesso ao Aborto Legal no Brasil: o Conflito Existente entre os Direitos Sexuais e Reprodutivos das Mulheres e o Direito de Objeção de Consciência dos Médicos que Prestam Serviços pelo Sistema Único de Saúde – SUS**. Trabalho de Conclusão do Curso, apresentado para obtenção do grau de Bacharel em Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC. Criciúma, Junho/ 2009.

## 7 Apêndices

### 7.1.

#### Apêndice A – Roteiro de entrevista semi estruturada

##### **Data**

**Número da entrevista**

**Unidade de saúde**

##### **I) Dados de Identificação**

- Sexo
- Idade
- Naturalidade
- Situação conjugal
- Orientação religiosa
- Profissão

##### **II) Formação profissional**

- Local de formação
- Tempo de formado(a)
- Pós-graduação

##### **III) Inserção institucional**

- Tempo na unidade
- Tipo de vínculo contratual (CLT/ Estatutário/Contrato Temporário etc)
- Tempo no núcleo de atendimento às mulheres em situação de violência Sexual.
- Tempo no atendimento às mulheres que procuram os serviços de interrupção legal da gravidez

##### **IV) Qualificação para o atendimento às mulheres com demanda por aborto legal**

- Preparo ou abordagem para atender às mulheres que procuram os serviços de interrupção legal da gravidez
- Cursos e capacitações realizados nessa área
- Treinamentos recebidos para atuar nessa área

##### **V) Atuação profissional diante das situações de aborto legal**

- Compreensão sobre o aborto legal
- Prática do aborto legal

##### **VI) Acesso ao aborto legal**

- Compreensão sobre as formas de acesso das mulheres ao aborto legal no município do Rio de Janeiro.
- Orientações fornecidas às usuárias que procuram pelo serviço de

Interrupção legal da gravidez.

- Conhecimento sobre os aspectos éticos relacionados à viabilização do direito das mulheres ao aborto legal.
- Principais dificuldades para exercer este tipo de atendimento.
- Alternativas utilizadas para o enfrentamento das dificuldades.

**7.2.****Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Pesquisa: Concepções e práticas dos assistentes sociais de três unidades de saúde do município do Rio de Janeiro em relação à interrupção da gestação prevista em lei.**

Prezado (a) Profissional de Serviço Social, Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “**Concepções e práticas dos assistentes sociais de três unidades de saúde do município do Rio de Janeiro em relação a interrupção da gestação prevista em lei**” devido à sua inserção institucional em serviço de saúde referência para atendimento às mulheres em situação de violência sexual e com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os resultados serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. As pessoas, por acaso, referidas durante a entrevista também terão suas identidades mantidas em sigilo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

As entrevistas serão gravadas, e posteriormente, será realizada a transcrição das mesmas. O conteúdo das entrevistas, armazenados em arquivo, será destruído após 5 anos do término da pesquisa. Sua participação não importará em nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. No que tange aos possíveis riscos

que toda pesquisa possui e suas múltiplas dimensões (física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual), esta pesquisa pode apresentar uma dimensão de risco mínima (desconforto emocional, choros). Neste sentido, o pesquisador responsável pela realização do estudo se compromete em interromper a entrevista caso perceba algum tipo de desconforto emocional por parte de algum entrevistado e caso haja necessidade também se propõem a fazer o encaminhamento adequado deste para os serviços de psicologia existentes na rede pública de saúde (dentro ou fora da unidade de saúde onde ocorrerá o estudo). Os benefícios relacionados com a sua participação referem-se ao conhecimento que poderá ser produzido sobre a viabilização do acesso aos serviços que atendem às mulheres com demanda pelo aborto legal. A devolução dos resultados desta pesquisa ocorrerá através da apresentação dos resultados no centro de estudos desta unidade de saúde.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/ e-mail e o endereço do pesquisador principal, e demais membros da equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu \_\_\_\_\_ abaixoassinado(a) concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pela equipe da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do entrevistado)

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(Nome do pesquisador)

\_\_\_\_\_  
(data)

Telefone da mestrandia do curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro Rejane Santos Farias: 21/8235-6960. E-mail: rejanefarias@hotmail.com

Telefone do orientador Prof<sup>o</sup>. Doutor da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro Antonio Carlos de Oliveira: 21/3527-1290 (ramal 212). E-mail: antoniocarlos@puc-rio.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro. CEP: 20211-90. Tel.: 21/3971-1463. E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) - Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/>.

## 8 Anexos

### 8.1. Anexo A – Autorização da Direção do Hospital Maternidade Fernando Magalhães



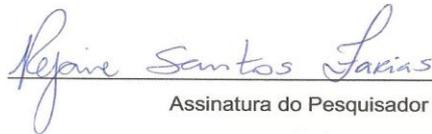
PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL  
Rua Afonso Cavalcanti, 455 – sala 710 – Cidade Nova  
Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.211-901  
Tel: (21) 3971-1463 – Fax: (21) 2293-4826

#### Comitê de Ética em Pesquisa/SMSDC-RJ

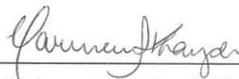
#### Termo de Autorização da Unidade

Autorizo o pesquisador REGIANE SANTOS FARIAS, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS ASSISTENTES SOCIAIS DE TRÊS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RJ EM RELAÇÃO À INTERRUPTÃO DA GESTÃO PREVISIVA EM LEM, e sua equipe a utilizarem a Unidade de Saúde HOSP. MATERNIDADE FERNANDO MAGALHÃES como possível campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental por este CEP/SMSDC-RJ.

Rio de Janeiro, 03/10/13.



Assinatura do Pesquisador Responsável



Assinatura e Carimbo do Diretor Geral

Carmen Alhayde dos Santos  
Diretora  
H. M. Fernando Magalhães  
R. N. 1/091841-7 CRM 52.26814-7

## 8.2.

## Anexo B – Autorização da Direção do Hospital Carmela Dutra



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL  
Rua Afonso Cavalcanti, 455 – sala 710 – Cidade Nova  
Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.211-901  
Tel: (21) 3971-1463 – Fax: (21) 2293-4826

**Comitê de Ética em Pesquisa/SMSDC-RJ**

**Termo de Autorização da Unidade**

Autorizo o pesquisador REJANE SANTOS FARIAS, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS ASSISTENTES SOCIAIS DE DOIS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO EM RELAÇÃO À INTERVENÇÃO DA GESTÃO PROVISÓRIA EM LEI, e sua equipe a utilizarem a Unidade de Saúde HOSPITAL MATERNIDADE CARMELA DUTRA como possível campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental por este CEP/SMSDC-RJ.

Rio de Janeiro, 04/10/2013.

Rejane Santos Farias

Assinatura do Pesquisador Responsável

[Assinatura]  
Assinatura de Carlos de Almeida Neto  
Diretor Geral  
Hospital Maternidade Carmela Dutra  
Matr. 57189.564-6 CRM 52.28925-7

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil  
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro  
CEP: 20211-901  
E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) - Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/>

## 8.3.

## Anexo C – Autorização da Direção do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro


 PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL  
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 – sala 710 - Cidade Nova  
 Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.211-901  
 Tel: (21) 3971-1463 – Fax: (21) 2293-4826

**Comitê de Ética em Pesquisa/SMSDC-RJ**

**Termo de Autorização da Unidade**

Autorizo o pesquisador Regina Santos Farias, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado CONDIÇÕES E PRÁTICAS DOS ASSISTENTES SOCIAIS DE TRÊS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO EM RELAÇÃO À INTERVENÇÃO NA GESTÃO PRECISA DA, e sua equipe a utilizarem a Unidade de Saúde Hospital Mariska Ribeiro como possível campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental por este CEP/SMSDC-RJ.

Rio de Janeiro, 04/10/2013.

  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Pesquisador Responsável

  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura e Carimbo do Diretor Geral

Alexandre Campos Pinto Silva  
 CEP 28 - Diretor Executivo  
 CREMERJ - 52.68595-0

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil  
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro  
 CEP: 20211-901  
 E-mail: [cepems@rio.rj.gov.br](mailto:cepems@rio.rj.gov.br) - Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdcj>

## 8.4.

## Anexo D – Parecer Câmara Técnica da PUC-Rio

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO



Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro  
Câmara de Ética em Pesquisa da PUC – Rio

**PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-RIO (2013-35)**

A Comissão de Ética em Pesquisa da PUC-Rio foi constituída como uma Câmara específica do Conselho de Ensino e Pesquisa conforme decisão deste órgão colegiado com atribuição de avaliar projetos de pesquisa do ponto de vista de suas implicações éticas.

**Identificação:**

**Título:** “Concepções e práticas dos assistentes sociais de três unidades de Saúde do Município do Rio de Janeiro em relação à interrupção de gestação prevista em lei” (Departamento de Serviço Social da PUC-Rio).

**Autora:** Rejane Santos Farias (Mestranda do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio).

**Orientador:** Professor Antonio Carlos de Oliveira (Departamento de Serviço Social da PUC-Rio).

**Apresentação:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que visa analisar as concepções e práticas dos assistentes sociais na atenção às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei nos serviços de saúde que são referência para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual no município do Rio de Janeiro (Hospital Maternidade Fernandes Magalhães, Hospital Maternidade Carmela Dutra e Hospital da Mulher Mariska Ribeiro) no período de 2005 a 2013. Pretende compor uma amostra composta de no mínimo dez (10) participantes ou até que se obtenha a saturação de informações.

**Aspectos éticos:** O projeto evidencia o respeito aos princípios e valores estabelecidos no Marco Referencial, Estatuto e Regimento da PUC-Rio no que se refere às responsabilidades de seu corpo docente e discente. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado em linguagem clara inclui os objetivos e os procedimentos que serão utilizados no estudo, a liberdade do participante se recusar a colaborar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Também garante o sigilo que assegura a privacidade dos participantes quanto aos dados confidenciais envolvidos e sua identidade.

**Parecer:** Considerando os elementos expostos somos de parecer **Favorável** à aprovação do projeto quanto aos princípios e critérios estabelecidos pela Comissão de Ética em Pesquisa da PUC-Rio.

Prof. José Ricardo Bergmann  
Presidente do Conselho de Ensino e Pesquisa da PUC-Rio

Rio de Janeiro, 23 de setembro de 2013.

Vice-Reitoria para Assuntos Acadêmicos  
Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea - 22453-900.  
Rio de Janeiro - RJ - Tel. (021) 3527 1619 FAX (021) 3527 1132.  
E-mail: vrac@puc-rio.br

## 8.5.

**Anexo E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (1ª parte)**

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE  
JANEIRO/SMS/ RJ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS ASSISTENTES SOCIAIS DE TRÊS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO EM RELAÇÃO À INTERRUPTÃO DA GESTAÇÃO PREVISTA EM LEI

**Pesquisador:** Rejane Santos Farias

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 21993713.8.0000.5279

**Instituição Proponente:** FACULDADES CATOLICAS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 512.815

**Data da Relatoria:** 13/01/2014

**Apresentação do Projeto:**

Este trabalho se propõe a analisar as concepções e práticas dos assistentes sociais na atenção às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei em três serviços de saúde do município do Rio de Janeiro que são referência para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual, através de uma abordagem qualitativa que privilegiará o contato direto com os sujeitos sociais em sua realidade concreta. Este estudo também visa caracterizar os/as assistentes sociais inseridos/as nas unidades de saúde referência para o atendimento às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei; compreender seu processo de qualificação para o atendimento às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei; identificar as ações desenvolvidas pelos/as assistentes sociais na viabilização do acesso à interrupção da gestação prevista em lei e por fim, analisar os limites e possibilidades, na visão dos assistentes sociais, para o acesso das mulheres a esse direito. A escolha por esta temática de estudo se justifica porque o profissional de serviço social é constantemente requisitado a responder questões referentes às consequências da violência sexual à saúde da mulher. Não são raras às vezes em que a mulher em situação de violência sexual relata somente ao assistente social que passou por tal situação, cabendo muitas vezes a este dar início ao atendimento, bem como acionar os outros

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710  
**Bairro:** Cidade Nova **CEP:** 20.211-901  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3971-1463 **Fax:** (21)2293-4826 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

## 8.6.

**Anexo F – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2ª parte)**

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE  
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 512.815

profissionais de saúde imprescindíveis para a realização adequada do atendimento. Entretanto, observa-se que apesar do assunto do aborto legal estar no topo da agenda de saúde pública e se constituir enquanto uma demanda para a intervenção do serviço social, raramente esta temática constitui objeto de estudo sistemático com evidências dentro da produção intelectual do serviço social. Sendo assim, considera-se relevante a realização deste estudo devido aos seguintes motivos: o assistente social é na maioria dos casos o profissional referenciado para viabilização dos direitos das usuárias e seu atendimento se constitui como porta de entrada nas unidades de saúde; desempenha o papel de elo orgânico entre os demais profissionais e as usuárias, além de ser uma categoria que tem como princípios basilares em seu Código de Ética uma atuação voltada para a defesa intransigente dos direitos dos usuários, a universalidade do acesso, a integralidade das ações em saúde e a viabilização desburocratizada do acesso dos usuários aos seus direitos.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar as concepções e práticas dos assistentes sociais na atenção às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei nos serviços de saúde que são referência para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual no município do Rio de Janeiro no período de 2005 a 2013

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Adequadamente abordados na versão atual.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Foram atendidas todas as pendências apontadas no Parecer consubstanciado do CEP/SMS-Rio.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Estão adequados e apresentados.

**Recomendações:****Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foram atendidas todas as pendências apontadas no Parecer consubstanciado do CEP/SMS-Rio.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

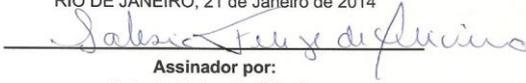
**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710  
Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-901  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3971-1463 Fax: (21)2293-4826 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

## 8.7.

**Anexo G – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (3ª parte)**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO/SMS/ RJ		
Continuação do Parecer: 512.815		
<b>Considerações Finais a critério do CEP:</b>		
RIO DE JANEIRO, 21 de Janeiro de 2014		
		
Assinador por: Salesia Felipe de Oliveira (Coordenador)		
Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710		
Bairro: Cidade Nova	CEP: 20.211-901	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO	
Telefone: (21)3971-1463	Fax: (21)2293-4826	E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Página 03 de 03

## 8.8.

**Anexo H – Ofício Coordenadoria Geral de Gestão de Pessoal do Município do RJ (1ª parte)**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO

OF. SER 129/2013

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2013

A/C

Marco Antônio Esser  
Coordenadoria Geral de Gestão Pessoal do Município do Rio de Janeiro  
Rua Afonso Cavalcante, 455 sala 601 – Cidade Nova – Rio de Janeiro/RJ

Assunto: Lotação dos/as Assistentes Sociais nas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro

Prezados,

Vimos por meio deste, solicitar a listagem dos/as assistentes sociais lotados/as nas unidades de saúde (maternidades, hospitais gerais e hospital da mulher) do município do Rio de Janeiro. A solicitação desta informação subsidiará o desenvolvimento da dissertação de mestrado intitulada “Concepções e Práticas dos Assistentes Sociais de Três Unidades de Saúde do Município do Rio de Janeiro em Relação à Interrupção da Gestação Prevista em Lei” desenvolvida por Rejane Santos Farias mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, sob a orientação do prof. Dr. Antonio Carlos de Oliveira.

O referido estudo tem o objetivo analisar as concepções e práticas dos/as assistentes sociais em relação à interrupção da gestação prevista em lei em três unidades de saúde que são referência para o atendimento a mulheres e adolescentes em situação de violência sexual.

Como objetivos secundários, este estudo se propõe a caracterizar os/as assistentes sociais inseridos/as nas unidades de saúde referência para o atendimento às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei; compreender seu processo de qualificação para o atendimento às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei; identificar as ações desenvolvidas pelos/as assistentes sociais na viabilização do acesso à interrupção da gestação prevista em lei e por fim, analisar os limites e possibilidades, na visão dos assistentes sociais, para o acesso das mulheres a esse direito.

A escolha por esta temática de estudo se justifica porque o profissional de serviço social é constantemente requisitado a responder questões referentes às consequências da violência sexual à saúde da mulher. Não são raras às vezes em que a mulher em situação de violência sexual relata

Departamento de Serviço Social  
Rua Marques de São Vicente, 255 – Gávea – 22453-900  
Vila dos Diretórios – casa 209 - Rio de Janeiro – RJ  
Tel (21) 3527-1290 / 3527-1291 Fax (21) 3527-1292



## 8.9.

## Anexo I – Ofício Coordenadoria Geral de Gestão de Pessoal do Município do RJ (2ª parte)

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO



somente ao assistente social que passou por tal situação, cabendo muitas vezes a este dar início ao atendimento, bem como acionar os outros profissionais de saúde imprescindíveis para a realização adequada do atendimento. Entretanto, observa-se que apesar do assunto do aborto legal estar no topo da agenda de saúde pública e se constituir enquanto uma demanda para a intervenção do serviço social, raramente esta temática constitui objeto de estudo sistemático com evidências dentro da produção intelectual do serviço social.

Sendo assim, considera-se relevante a realização deste estudo devido aos seguintes motivos: o assistente social é na maioria dos casos o profissional referenciado para viabilização dos direitos das usuárias e seu atendimento se constitui como porta de entrada nas unidades de saúde; desempenha o papel de “elo orgânico” entre os demais profissionais e as usuárias, além de ser uma categoria que tem como princípios basilares em seu Código de Ética uma atuação voltada para a defesa intransigente dos direitos dos usuários, a universalidade do acesso, a integralidade das ações em saúde e a viabilização desburocratizada do acesso dos usuários aos seus direitos.

Respeitosamente,

*Melane Santos Jacias*  
Assinatura da Pesquisadora

*Inez Terezinha Stampa*  
Inez Terezinha Stampa  
Coordenadora do Programa de  
Pós-Graduação em Serviço Social



*Recebido  
Em: 21/09/13*

*Marco A. C. Esser*  
Marco A. C. Esser  
Coordenador  
Coordenadoria de Gestão de Pessoas  
Subsecretaria de Gestão  
PUC

Departamento de Serviço Social  
Rua Marques de São Vicente, 255 – Gávea – 22453-900  
Vila dos Direitórios – casa 209 - Rio de Janeiro – RJ  
Tel (21) 3527-1290 / 3527-1291 Fax (21) 3527-1292



## 8.10.

**Anexo J – Ofício Secretária Municipal de Assistência – SIMAS (1ª parte)**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO



OF. SER 128/2013

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2013

A/C

Ana Garcia

Coordenadora Geral de Gestão Municipal de Assistência Social

Rua Afonso Cavalcante, 455 sala 519 – Cidade Nova – Rio de Janeiro/RJ

Assunto: Lotação dos/as Assistentes Sociais nas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro

Prezados,

Viemos por meio deste, solicitar a listagem dos/as assistentes sociais lotados/as nas unidades de saúde (maternidades, hospitais gerais e hospital da mulher) do município do Rio de Janeiro. A solicitação desta informação subsidiará o desenvolvimento da dissertação de mestrado intitulada “Concepções e Práticas dos Assistentes Sociais de Três Unidades de Saúde do Município do Rio de Janeiro em Relação à Interrupção da Gestação Prevista em Lei” desenvolvida por Rejane Santos Farias mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, sob a orientação do prof. Dr. Antonio Carlos de Oliveira.

O referido estudo tem o objetivo analisar as concepções e práticas dos/as assistentes sociais em relação à interrupção da gestação prevista em lei em três unidades de saúde que são referência para o atendimento a mulheres e adolescentes em situação de violência sexual.

Como objetivos secundários, este estudo se propõe a caracterizar os/as assistentes sociais inseridos/as nas unidades de saúde referência para o atendimento às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei; compreender seu processo de qualificação para o atendimento às mulheres com demanda pela interrupção da gestação prevista em lei; identificar as ações desenvolvidas pelos/as assistentes sociais na viabilização do acesso à interrupção da gestação prevista em lei e por fim, analisar os limites e possibilidades, na visão dos assistentes sociais, para o acesso das mulheres a esse direito.

A escolha por esta temática de estudo se justifica porque o profissional de serviço social é constantemente requisitado a responder questões referentes às consequências da violência sexual à saúde da mulher. Não são raras às vezes em que a mulher em situação de violência sexual relata

RECEBIDO  
AS/CGSIMAS  
Em, 24/09/13  
às  
19h49m-8

Departamento de Serviço Social  
Rua Marques de São Vicente, 255 – Gávea – 22453-900  
Vila dos Direitórios – casa 209 - Rio de Janeiro – RJ  
Tel (21) 3527-1290 / 3527-1291 Fax (21) 3527-1292



## 8.11.

**Anexo L – Ofício Secretária Municipal de Assistência Social – SIMAS  
(2ª parte)**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO



somente ao assistente social que passou por tal situação, cabendo muitas vezes a este dar início ao atendimento, bem como acionar os outros profissionais de saúde imprescindíveis para a realização adequada do atendimento. Entretanto, observa-se que apesar do assunto do aborto legal estar no topo da agenda de saúde pública e se constituir enquanto uma demanda para a intervenção do serviço social, raramente esta temática constitui objeto de estudo sistemático com evidências dentro da produção intelectual do serviço social.

Sendo assim, considera-se relevante a realização deste estudo devido aos seguintes motivos: o assistente social é na maioria dos casos o profissional referenciado para viabilização dos direitos das usuárias e seu atendimento se constitui como porta de entrada nas unidades de saúde; desempenha o papel de “elo orgânico” entre os demais profissionais e as usuárias, além de ser uma categoria que tem como princípios basilares em seu Código de Ética uma atuação voltada para a defesa intransigente dos direitos dos usuários, a universalidade do acesso, a integralidade das ações em saúde e a viabilização desburocratizada do acesso dos usuários aos seus direitos.

Respeitosamente,

*Rejane Santos Farias*  
Assinatura da Pesquisadora

*Inez Terezinha Stampa*  
Coordenadora do Programa de  
Pós-Graduação em Serviço Social



Departamento de Serviço Social  
Rua Marques de São Vicente, 255 – Gávea – 22453-900  
Vila dos Diretórios – casa 209 - Rio de Janeiro – RJ  
Tel (21) 3527-1290 / 3527-1291 Fax (21) 3527-1292

