



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

MIDIÃ DO NASCIMENTO CARDOZO

Abortamento legal no Brasil e a percepção dos profissionais de saúde: uma revisão sistemática (2003-2013)

CEILÂNDIA

2015

Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

MIDIÃ DO NASCIMENTO CARDOZO

Abortamento legal no Brasil e a percepção dos profissionais de saúde: uma revisão sistemática (2003-2013)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial a obtenção do Título de Bacharel em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Rosamaria Giatti Carneiro

CEILÂNDIA

2015

MIDIÃ DO NASCIMENTO CARDOZO

Abortamento legal no Brasil e a percepção dos profissionais de saúde: uma revisão sistemática (2003-2013)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial a obtenção do Título de Bacharel em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Rosamaria Giatti Carneiro

Aprovado em: _____ de _____ de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Érica Quinaglia Silva (FCE/UnB)

Prof^a. Dr^a. Silvia Maria Badim (FCE/UnB)

AGRADECIMENTOS

Não foi fácil chegar até aqui. Mas agradeço primeiramente a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades. Gratidão a minha mãe Mírian Nascimento, heroína que sempre me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço. Ao meu pai Cristovam Cardozo que apesar de todas as dificuldades me fortaleceu e que para mim foi muito importante.

Gratidão aos meus irmãos Emmanuele Rolim e Lavoizier Júnior pelos ensinamentos da vida, estímulo e base.

Gratidão ao meu amor Allan Tofeti, por vivenciar comigo esse momento mais que especial e apoio incondicional, carinho, respeito e a confiança depositada, no final tudo deu certo! Gratidão a Família Tofeti pelo acolhimento e cuidado.

Minha gratidão aos meus amigos (as) que fizeram parte da minha formação, vida cotidiana, momentos alegres e tristes, Isadora Gonçalves, Lyliane Sena, Camila Pereira, Juliana Brasil, Esther Ottoni e Pedro Henrique vocês vão continuar presentes em minha vida com certeza!

Gratidão à minha Professora e Orientadora Rosamaria Giatti Carneiro, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Gratidão a todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, portanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender.

Gratidão a Universidade de Brasília UnB – Faculdade de Ceilândia – Fce, pela oportunidade de crescer como universitária e profissionalmente. Gratidão a minha banca examinadora, as queridas professoras Silvia Badim e Érica Quinaglia pela disponibilidade em me avaliar, é enriquecedor saber que por vocês terei a oportunidade de crescer ainda mais quanto futura profissional. Obrigada a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da formação.

Gratidão!

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu,
mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre
aquilo que todo mundo vê.”*

Arthur Schopenhauer

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CP – Código Penal

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

SMSDC – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

Conforme estabelece o artigo 128 do Código Penal brasileiro, não se pune o aborto praticado por médico/a se não há outro meio de salvar a vida da gestante ou se a gravidez é resultante de estupro, portanto nessas situações em caso de estupro o abortamento é direito das mulheres. Sendo uma obrigação de o Estado brasileiro garantir a interrupção das gestações em casos de violência sexual, as mulheres têm seus direitos à integral assistência médica de maneira ética, segura e humanizada assegurando à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva. O presente estudo realizou uma “revisão sistemática” em revistas brasileiras da área das Ciências da Saúde, no período de 2003 a 2013. Por meio da análise dos artigos, buscou mapear os serviços de abortamento legal no Brasil e analisar o conhecimento, representações, perspectivas, competências e opiniões das/os profissionais de saúde atuantes em hospitais e serviços de referência no atendimento às mulheres em casos de abortamento legal em relação aos aspectos legais, éticos e morais.

PALAVRAS-CHAVE: Abortamento Legal, Aborto, Humanização, Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

According with what is established by the art.128 of the Brazilian Penal Code, it is not punishable the abortion performed by a doctor if there is not any other way to save the life of the pregnant woman or if the pregnancy was resulted from rape, therefore in these situations the abortion is a legal right of the woman. Once, it is an obligation of the Brazilian State to guarantee the interruption of pregnancies in case of sexual violence, women have the right to full medical assistance in an ethical, safe and humanized manner ensuring the guarantee of their sexual and reproductive health. The present study has done a “systematic review” on Brazilian magazines in the area of Health Science, in the period from 2003 to 2013. Through the analysis of articles, it aimed to map the services of legal abortion in Brazil and analyze the knowledge, representation, perspectives, competencies and opinions of health professionals who work at hospitals and services of reference on assisting women in cases of legal abortion regarding legal, ethical and moral aspects.

KEY-WORDS: Legal abortion, Abortion, Humanization, Health Professionals.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1 - O Abortamento Legal no Brasil: Conceitos e Possibilidades.....	12
1.1. O aborto no Brasil: as leis vigentes.....	12
1.2. O abortamento legal: possibilidades, procedimentos e serviços.....	18
1.3. Dos serviços de abortamento legal no Brasil: histórias e localidades.....	22
1.4. Objeção de consciência e aborto legal.....	28
CAPÍTULO 2 – Notas Metodológicas: a Saúde Coletiva e os Modos de se Pesquisar....	30
2.1.O que é Saúde Coletiva?.....	30
2.2.Objetivo geral e objetivos específicos desta pesquisa.....	35
2.3.Trajectoria metodológica.....	36
2.4.Resolução 466/12 – CEP/CONEP e aspectos éticos.....	37
2.5.A formação de Sanitaristas e a importância do tema do aborto legal e as perspectivas de profissionais de saúde.....	38
CAPÍTULO 3 – Percepções de Profissionais de Saúde sobre o Aborto Legal no Brasil..	40
3.1. Percepções gerais da revisão sistemática.....	40
3.1.1. Escassez de Pesquisa.....	44
Dos artigos encontrados.....	44
1. Desinformação dos médicos e profissionais sobre o aborto legal.....	45
2. Profissionais de saúde que concordam com o abortamento legal.....	49
3. Processo de qualificação para o atendimento.....	51
4. A implementação lenta e gradativa dos serviços.....	52
5. Ensinaamentos sobre como lidar com a violência de gênero e contra a mulher.....	55
6. Desconforto pessoal ao realizar o procedimento.....	57
7. Objeção de consciência.....	59
8. Desafios e atividades enfrentadas no atendimento do abortamento legal.....	61
9. Não realização do procedimento e dos direitos humanos da mulher.....	65

CAPÍTULO 4 – Leituras interpretativas de uma breve Revisão Sistemática.....68

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....75

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....78

INTRODUÇÃO

De acordo com o Código Penal brasileiro em vigor desde 1940, o aborto provocado é considerado um crime “contra a vida”. No entanto, conforme o artigo 128 do Código Penal, não se pune o aborto praticado por médico se não há outro meio de salvar a vida da gestante ou se a gravidez é resultante de estupro precedido do consentimento da gestante¹. Diante dessas situações em casos de estupro, o abortamento é direito das mulheres, segundo o Código Penal.

Os serviços de saúde oferecidos são identificados como referência em procedimentos relacionados ao abortamento legal desde a época em que foram implementados, em 1989². Nesse contexto de implementação de tais serviços, que são prestados na área da saúde, é de suma importância analisar e mapear quantos serviços de saúde têm sido oferecidos para esses casos no Brasil, ponderando sobre como e de que maneira o aborto ainda envolve aspectos de cunho moral, ético e religiosos quando pensado da parte dos profissionais. Identificar quais são as percepções e opiniões de profissionais de saúde, daqueles que estão diretamente relacionados aos serviços de saúde, sobre a temática do aborto legal parece-nos de grande importância e por isso consiste no objetivo deste trabalho de conclusão de curso.

Considerando a portaria 1.508/2005 do Ministério da Saúde, regulamenta a assistência ao aborto legal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e que a assistência ao abortamento legal na rede pública seja realizada em hospitais públicos, organizado pelo modelo de assistência em torno da equipe multiprofissional. O Ministério da Saúde deverá disciplinar as medidas asseguratórias da licitude do procedimento de interrupção da gravidez nos casos que são previstos em lei, quando realizados no âmbito do SUS.³

Para tanto, o presente trabalho de conclusão de curso - TCC em Saúde Coletiva, desenvolvido na Faculdade de Ceilândia – FCE da Universidade de Brasília, tem recorte nas Ciências Sociais em Saúde, um dos pilares da Saúde Coletiva no Brasil. Realizou-se uma

¹ Brasil, 1940.

² Para mais, ver Hospital Arthur Ribeiro Saboya – Jabaquara SP.

³ Art. 1º - O Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei é condição necessária para adoção de qualquer medida de interrupção da gravidez no âmbito do Sistema Único de Saúde, excetuados os casos que envolvem riscos de morte à mulher.

Art. 2º - O Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei compõe-se de quatro fases que deverão ser registradas no formato de Termos, arquivados anexos ao prontuário médico, garantida a confidencialidade desses termos.

“revisão sistemática” em revistas brasileiras da área das Ciências da Saúde, no período de 2003 a 2013, encontradas e selecionadas nas bases Scielo, Biblioteca Virtual Saúde (BVS) e PubMed, tendo por recorte artigos que explorassem as perspectivas dos profissionais de saúde atuantes em hospitais e serviços de referência e estudantes de medicina residentes em hospitais escola.

Por meio da análise dos artigos, espera-se identificar a partir dos relatos desses profissionais o conhecimento e as perspectivas sobre os aspectos legais, éticos e morais do abortamento legal em relação à sua prática profissional no atendimento às mulheres que pretendem fazer o aborto previsto em lei.

Os objetivos que regem esta pesquisa, portanto são: mapear os serviços de abortamento legal no Brasil e a percepção de profissionais de saúde sobre o tema e sua prática e assistência. Isto posto, vale dizer que este TCC se encontra organizado em 4 capítulos. No primeiro capítulo são discutidos alguns conceitos e possibilidades do abortamento legal no Brasil em relação às leis vigentes, procedimentos, dos serviços de abortamento legal no Brasil história e localidades. No segundo capítulo, empreendo uma breve história do que é a Saúde Coletiva no Brasil, a importância da temática pesquisada para tal campo e, a trajetória metodológica de como foi realizada a seleção de artigos e de revistas. No capítulo três, trabalhamos com a exposição do encontrado nos artigos catalogados, o relato das perspectivas dos profissionais de saúde, a identificação de cada artigo e da revista e dos subtítulos relacionados a cada artigo encontrado. Para então, finalmente no capítulo quatro, desvendar as principais interpretações sobre a revisão sistemática e seus resultados e, assim concluir com as considerações finais.

CAPÍTULO 1 - O Abortamento Legal no Brasil: Conceitos e Possibilidades

1.1 O aborto no Brasil: as leis vigentes

No Brasil, conforme o Código Penal em seu artigo 128, não se pune o aborto praticado por médico nas seguintes hipóteses: Inciso *I* - *se não há outro meio de salvar a vida da gestante*; Inciso *II* - *se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal*.

Apesar da lei, a questão de interrupção legal da gestação nesses casos ainda é muito controversa em nosso país, pois há questões de cunho moral, ético e religioso por parte dos profissionais de saúde, os hospitais se negam a efetuar os referidos atendimentos e os próprios profissionais da área médica não se comprometem a executar a interrupção da gestação uma vez que o Código de Ética Médica lhes faculta o direito de não fazê-lo.

Nessa hipótese, o abortamento é um fato típico, ou seja, está previsto no tipo penal, mas em algumas situações, não é criminoso, porque não é antijurídico. Trata-se do chamado “aborto sentimental” praticado quando a gravidez decorre da prática de qualquer crime sexual ou “aborto ético” ou “aborto humanitário”, aborto necessário praticado como única forma de salvar a vida da gestante, ou seja, de “aborto não criminoso”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 11).

Um estudo, Rocha (2006, p. 370) relatou a questão do aborto no Brasil, de acordo com as esferas da sociedade e do Estado, identificando as discussões políticas acerca do tema. Segundo suas linhas, nos anos 80 a redemocratização do país foi um fato fundamental para as questões sobre o aborto fossem ampliadas e a partir dessas discussões, a elaboração de normas técnicas, políticas públicas e decisões fossem iniciadas. Essa fortificação no processo de democratização, aumentou a mobilidade da sociedade na busca de direitos de cidadania e saúde e, assim, em relação ao aborto intensificou-se a atuação do movimento feminista, no âmbito de enfrentamento político no país.

Para as discussões sobre o aborto no Brasil, houve dois momentos em que o aborto apresentou características diferentes: o primeiro momento abrange o período de 1964 a 1979, que foram anos mais rigorosos do regime militar com o começo da fase de abertura política e, o segundo momento que foi entre 1979 a 1985 e que caracterizou-se como um período em que se ampliou a abertura política, com o começo da transição demográfica.

No primeiro momento 1964-1979, as discussões políticas sobre o aborto eram escassas; No Executivo chegou-se a decretar um novo Código Penal em 1969, que acabou não entrando em vigor, mas que mantinha desdobramentos até 1978 relatando,

a incriminação do aborto, com exceção dos dois permissivos do código anterior, mas alterava as punições, introduzia controles do Estado para o aborto permitido por lei e aumentava a pena para a mulher que provocasse o auto-aborto, ou que permitisse que alguém o fizesse, embora a reduzisse na situação da denominada defesa da honra. Refletia, assim, a ausência de um debate democrático sobre o tema. (ROCHA, 2006, p. 370).

Em relação ao Legislativo, naquela época existiam 13 projetos de lei sobre a temática, sendo que a maioria eram voltados para meios anticoncepcionais, não entrando na discussão sobre a questão do aborto. Mesmo não sendo todos, 4 projetos de leis se tornaram pioneiros em relação ao

aborto, um deles em relação à descriminalização do aborto e os outros acerca da ampliação das possibilidades da prática do abortamento.

No segundo período 1979-1985, não houve nenhuma medida política na esfera do Executivo em relação ao aborto. No Legislativo foram apresentadas 7 propostas, 5 voltadas para o aborto e 2 relacionadas aos projetos de lei anticoncepcionais. Dos projetos apresentados, 3 proponham a descriminalização do aborto e 2 a ampliação do artigo 128 do CP.

Scavone (2009), em seu estudo sobre os debates feministas em prol da liberalização do aborto no Brasil, nos possibilitou identificar os avanços, recuos e as negociações políticas quanto a questão, que, em meados dos anos 70, observou-se uma vocação política do feminismo brasileiro. A noção de “direitos reprodutivos” propagou-se no feminismo brasileiro a partir da sessão do “Tribunal Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos”, no “I Encontro Internacional de Saúde da Mulher”, em Amsterdã, em 1984.

Nos anos 1990, o movimento já não estava tão solitário nessa luta, contou com a adesão crescente de novos segmentos sociais: profissionais de saúde, juristas e parlamentares, com os quais o movimento estabeleceu amplo diálogo. Foi o período em que houve maior número de projetos de lei relacionados ao aborto no Congresso Nacional – com posições favoráveis, desfavoráveis e intermediárias –, evidenciando o crescimento democrático do debate.¹¹ Entretanto, o argumento da descriminalização até o presente não logrou sensibilizar amplas camadas da população. (SCAVONE, L. 2009, p.678).

Um outro estudo do Ministério da Saúde (2009, p.14) sobre um conjunto de pesquisas brasileiras sobre o aborto nos últimos 20 anos, relata a importância do estudo sobre o aborto e sua importância para a saúde pública no país. Os estudos que foram analisados contam com variáveis como idade, classe social, religião das mulheres que realizaram abortamento legal, tempo gestacional, tipo de aborto, procedimento abortivo, tempo de internação e complicações de saúde.

Essas variáveis me possibilitaram identificar os traços e os perfis de mulheres que praticam abortamentos legais em todo o Brasil, grande parte das informações foi coletada em serviços públicos de saúde. Em 2005, estima-se que 1.054.242 de abortos foram induzidos, a maioria dos casos ocorreu no Nordeste e Sudeste com estimativa de taxa anual de 2,07 por 100 mulheres entre 15 a 49 anos de idade. (Ministério da Saúde, 2009)

O abortamento legal no Brasil ainda é um tema pouco estudado e conhecido pela sociedade e profissionais de saúde. Diante de casos de mortalidade materna por abortamentos clandestinos, uma norma técnica sobre a “Orientação de Políticas para os Sistemas de Saúde” da OMS relata a importância de órgãos e instituições interessados nos assuntos de

abortamento no Brasil, procurando soluções para evitar a mortalidade materna e que as mulheres tenham um abortamento seguro.

Para a Organização Mundial da Saúde (2013), tribunais e organizações internacionais, regionais e nacionais de direitos humanos recomendam cada vez mais a legalização do aborto, prestando atendimento médico à mulher em situação de abortamento. (p. 87).

Segundo a OMS, (2013, p. 28), o abortamento inseguro, a morbidade e a mortalidade associadas às mulheres podem ser evitadas. Todas as mulheres deveriam contar com serviços de abortamento disponíveis e acessíveis na medida em que a lei permitir. Em casos de estupro, proteger a sua vida e a sua saúde coincide com assegurar um atendimento humanizado garantindo que as leis, mesmo que restritivas, sejam interpretadas e executadas de forma a promover e proteger a saúde da mulher.

Metade das gestações são indesejadas, com uma a cada nove mulheres recorrendo ao abortamento para interrompê-las. Nos países em que as mulheres têm acesso aos serviços de saúde seguros as suas chances de morrer em relação ao abortamento realizado são menores do que uma para cada 100.000 e, isso significa que nos países em desenvolvimento as chances de morrer por complicações oriundas de procedimentos de abortamento inseguro é mais alto do que o realizado por profissionais de saúde e em condições seguras. (OMS, 2013, p. 51).

Corrêa e Freitas (2003, p. 391) confirmam que na América Latina aconteçam anualmente 18 milhões de gestações, 52% não foram planejadas e 23% gestações com abortamento. No Brasil, 31% das gestações terminam em abortamentos. De acordo com esses dados, são aproximadamente 1.443.350 abortamentos, identificados com uma taxa de 3,7 abortos por 100 mulheres, entre as idades de 15/49 anos indicando valores superiores em países da Europa Ocidental, nos quais o abortamento é legal e acessível. Nos períodos entre 1994 a 1996 estima-se que os abortamentos provocados no Brasil estejam entre 728.100 e 1.039.000.

Segundo Miguel e colaboradores (2010), “diminuir o número de abortos depende do acesso aos contraceptivos e de políticas educativas e sanitárias, não de restrições”. Portanto o SUS, em ações preventivas e sanitárias, deve assegurar o direito à atenção à saúde para essas mulheres, para que seja assegurado tais procedimentos de abortamento legal.

Por conseguinte, se o nosso sistema jurídico permite a prática do abortamento ético, aquele em que o médico julga capaz de fazer ou não, considerando-o absolutamente lícito, seria um absurdo incompreensível negar assistência médica à mulher que pretende

interromper uma gravidez decorrente de crime sexual, punindo o médico que pratica o abortamento a pedido dessa mulher e obrigando-a a suportar os riscos, inclusive de morte, de um abortamento clandestino, marginal e inseguro, praticado em local inadequado, sem as necessárias e imprescindíveis condições técnicas, em condições precárias de higiene, sem assistência psicológica, sem acompanhamento profissional e sem qualquer respeito à dignidade humana.

Portanto, a prática do abortamento quando a gravidez é de estupro ou de qualquer crime contra a dignidade sexual, é um abortamento lícito e não criminoso, é um direito da mulher e é um dever do Estado. Nos casos em que se pune, como fazer o aborto ou consentir que outra pessoa o provoque, de acordo com o artigo 124 do Código Penal, a pena será de 1 a 3 anos de detenção. Artigo 125, provocar o aborto sem o consentimento da gestante, reclusão de 3 a 10 anos. Artigo 126 provocar o aborto com o consentimento da gestante, reclusão de 1 a 4 anos, *aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou debil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência forma qualificada. As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.* (BRASIL, 1940)

A justiça Brasileira também autoriza a interrupção da gravidez nos casos de malformação fetal com a incapacidade de vida extra-uterina do feto e com consentimento da mulher, sendo que, nesses casos, o abortamento é legal e um direito da mulher. Entretanto, apesar da permissão jurídica para a prática do abortamento, durante mais de 50 anos, mulheres que precisaram desse procedimento não o obtiveram, pois o atendimento público gratuito nos serviços de saúde só começou a ser implantado a partir de 1989, parte dessa conquista deve-se à atuação do movimento feminista que desde a década de 80 vem defendendo e apoiando a implantação de ações norteadoras em prol da escolha autônoma da maternidade e de decisão. (TALIB & CITELI, 2005, p. 13).

Ativistas feministas deram suporte à elaboração e implantação do PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) e participaram ativamente das Conferências da ONU (População e Desenvolvimento no Cairo, 1994 e da Mulher em Pequim, 1995), marcos da consolidação dos direitos reprodutivos. (TALIB & CITELI, 2005, p. 13).

Por muito tempo, a prática clandestina do aborto tornou-se um fenômeno social, época em que complicações decorrentes do aborto e de mortes inevitáveis de mulheres ocorriam das desigualdades sociais existentes entre as mulheres e separavam aquelas que

podiam pagar um serviço de aborto e outras que se escondiam, realizando procedimentos em condições degradantes e inseguras, colocando a própria vida em risco.

“Ao mesmo tempo, expõe uma forte contradição, decorrente das desigualdades sociais, que separam os segmentos entre, de um lado, quem pode pagar e receber atendimento de saúde apropriado e, de outro, a grande maioria da população, que realiza o procedimento em condições degradantes e inseguras”. (TALIB & CITELI, 2005, p. 14).

A polêmica em torno da interrupção da gravidez se estende a inúmeras esferas religiosa, filosófica, fisiológica, ética, cultural, social além das esferas legal e política e do âmbito dos serviços. Essas questões sobre um tema tão controverso despertam adesões e rechaços incondicionais até mesmo quando se trata de serviços que prestam atendimento aos casos previstos em lei. (TALIB & CITELI, 2005, p. 15).

Mulheres em processo de abortamento estão fisicamente, emocionalmente e socialmente abaladas, necessitando de um atendimento e uma atenção ao processo de abortamento em que se encontra que seja de qualidade, humanizada devendo ser orientadas com informações necessárias à condução do processo pelo qual irá passar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 35).

As ações de saúde que irão acontecer deverão estar instituídas em programas, diretrizes, políticas e normas em acordo com o Ministério da Saúde e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), para que a tomada de decisões e o autocuidado à essas mulheres aconteça de forma integral e com equidade. É importante também que os profissionais de saúde, acompanhem o processo informando para que as preocupações dessas mulheres e familiares sejam esclarecidos e, assim, seja garantida uma decisão conjunta, respeitando sempre o princípio ético de autonomia.

Sabendo-se que é essencial o acolhimento dessas mulheres em processo de abortamento, demonstrar a qualidade dos serviços prestados e oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto,

Promover o acolhimento, a informação, a orientação e o suporte emocional no atendimento favorece a atenção humanizada por meio da interação da equipe com a clientela, o que determina as percepções desta quanto à qualidade da assistência, melhora a relação profissional de saúde/usuária, aumenta a capacidade de resposta do serviço e o grau de satisfação das mulheres com o serviço prestado, assim como influencia na decisão pela busca de um futuro atendimento nesses serviços. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p 19).

Segundo o MS (2005, p. 21), é dever de cada profissional de saúde, que compõe a equipe multiprofissional dos serviços de abortamento legal, promover a escuta dessas mulheres de forma a admitir, aceitar, tomar em consideração, receber bem, evitando comentários e julgamentos preconceituosos ou desrespeitosos, com uma abordagem respeitosa, aceitando a autonomia das mulheres frente ao procedimento de aborto. É

responsabilidade da equipe respeitar a fala da mulher; priorizar o atendimento nos casos que forem necessários; garantir a privacidade e confidencialidade das informações ditas; prestar apoio emocional (profissionais de serviço social); informar sobre procedimentos que possam ser realizados sobre a condição de saúde da mulher.

Desse modo, relatar as perspectivas de profissionais sobre o aborto legal e a sua atuação no sistema público é essencial para que esses serviços, prestados na implantação desses serviços sejam identificados, mostrando se há ou não objeção de consciência por parte desses profissionais de saúde e o cumprimento das Normas de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde.

1.2 O abortamento legal: possibilidades, procedimentos e serviços.

A jurisprudência brasileira tem autorizado a interrupção de gravidez nos casos de malformação fetal com inviabilidade de vida extra-uterina, com o consentimento da mulher. A expressão aborto tem sido utilizada de modo equivocado. Na realidade, “aborto” é o produto do “abortamento”, que é a conduta de interrupção da gestação. Todavia, o próprio Código Penal utiliza essa expressão, “aborto”, quando se refere à criminalização do “abortamento”. Portanto, também é possível utilizar o termo “aborto” para se referir ao “abortamento” é um direito da mulher. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 09).

Segundo Diniz, o serviço de aborto legal no SUS foi idealizado para atender mulheres vítimas de estupro e em risco de morte, duas situações em que o Código Penal não pune nem os médicos, nem as mulheres pela prática do aborto. (DINIZ, 2011, p. 982).

No Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços de aborto legal são unidades de referência no atendimento às mulheres em situação de abortamento previsto em lei. É determinado institucionalmente pela unidade de saúde, para o cumprimento das normas técnicas oferecidas pelo Ministério da Saúde, que, portanto, não proíbe a prática do aborto legal desde que estejam previstos em lei e que sejam realizados em hospitais públicos. No Brasil, o primeiro serviço de saúde público para casos de abortamento legal foi em 1989, em São Paulo, no hospital do Jabaquara.

Quando a equipe de profissionais de saúde recebe um caso de aborto legal, cabe ao médico (que realizará o procedimento) o direito de “objeção de consciência”, ou seja, de querer ou não realizar o procedimento. Não cabe ao médico e a sua equipe de profissionais julgar a mulher que recorre a esse procedimento, o boletim de ocorrência não deverá ser

necessário, considerando a narrativa da mulher em procedimento, cabe a essa prática também por parte dos profissionais de saúde o sigilo total de sua paciente e de seu caso. (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 2003).

De acordo com a OMS (2013), os métodos de abortamento mais adequados diferem conforme o estágio da gravidez. Os profissionais que são treinados podem fazer uma aspiração a vácuo intrauterina até 12 semanas de gestação. No entanto, se utilizado o acesso a cânulas de tamanho adequado, esse procedimento poderá ser realizado até 15 semanas de gestação, com profissional experiente. Há também o uso de fármacos que são indicados como seguros e eficazes, no caso o misoprostol. Esse fármaco atua no colo do útero, facilitando a sua dilatação e deve ser aplicado 4 horas antes para que seja totalmente eficaz.

As pacientes que procuram pelos serviços de saúde, podem ser encaminhadas por outras entidades ou por conta própria. São recebidas pelas assistentes sociais que os orientam com relação aos documentos que devem apresentar, interpretam o programa, discutem e tiram algumas das dúvidas da paciente. Em seguida, essas pacientes são encaminhadas para as psicólogas e para os médicos. As psicólogas avaliam as condições emocionais e trabalham no sentido de reforçar a auto-estima e avaliar a crise de insegurança. (OMS, 2013)

Os médicos fazem uma consulta ginecológica onde avaliam a gestação e o exame de ultrassom, no sentido de confirmar e registrar a idade da gestação confrontando-a com a data do estupro. Faz-se uma avaliação clínica, colhe-se a sorologia para sífilis e para o vírus de imunodeficiência humana (HIV) e, se necessário, esfregado vaginal, hemograma, testes de coagulação, tipagem sanguíneas e fator RH. Caso a paciente seja portadora de alguma patologia específica (cardiopatia, pneumopatia etc.), a mesma é encaminhada para uma consulta na clínica médica para avaliar os possíveis riscos inerentes à anestesia e ao ato médico propriamente dito. (OMS, 2013)

Após esses exames iniciais, é marcada uma reunião do grupo com a diretoria do hospital e com a chefia da única tocoginecológica, onde o caso é discutido e decidindo-se pela interrupção ou não dessa gestação. Todas as reuniões são registradas em ata e é elaborado um documento com a assinatura de todo o grupo presente; documento este que fica arquivado junto ao prontuário da paciente. Após o caso ter sido aceito, a paciente é convocada para internar-se em dia preestabelecido: e caso não haja nenhuma contraindicação cirúrgica, o procedimento é realizado. (OMS, 2013)

É necessário dizer que todo este processo leva entre dois a sete dias dependendo da urgência do caso. A atuação da enfermagem se dará na orientação dos procedimentos,

esclarecimentos e acompanhamento da paciente durante a cirurgia; na alta, deve atuar no sentido de orientações medicamentosas, retorno para revisão e encaminhamento de ações contraceptivas pertinentes. O advogado serve não só para apoio jurídico do programa, mas pode também orientar as pacientes e familiares sob o ponto de vista legal do caso. E, após a alta hospitalar, a paciente é orientada para retornar em uma semana para revisão pós-cirúrgica. (OMS, 2013)

Nessa oportunidade, a mulher é examinada, faz orientação contraceptiva inicial quando necessário e após reavaliação das psicólogas a paciente é encaminhada para um posto de saúde de referência para os controles posteriores. Quando necessário, as psicólogas e médicos continuam seu trabalho de reintegração social das pacientes até que elas mesmas possam ter alta destas especialidades.

A realização de abortamento seguro requer instalações equipadas adequadamente e prestadores de serviços de saúde bem capacitados. As autoridades de saúde pública têm a responsabilidade de garantir que os sistemas estejam preparados para a aquisição e distribuição contínua e oportuna de todos os equipamentos médicos, medicamentos, anticoncepcionais e suprimentos necessários para a prestação segura de serviços. Os provedores de serviço de abortamento precisam de uma capacitação adequada pré-procedimento e para o procedimento em si, em função de protocolos periodicamente atualizados para realização de abortamento seguro. (OMS, 2013, p. 69).

No caso de “objeção de consciência”, a mulher atendida deverá procurar outro médico, outro serviço ou em casos extremos até ficar sem a assistência, pois não há um serviço de saúde que possa oferecer o aborto legal. As “Normas Técnica de atenção humanizada ao abortamento” do Ministério da Saúde (2005), não reconhecem o direito à objeção de consciência se existir risco de morte, se não houver outro médico ou se a omissão médica causar danos à mulher, mas casos concretos mostram o descumprimento desses critérios normativos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 37).

De acordo com o Código Penal Brasileiro, no seu artigo 128 do decreto – lei nº 2848 de 07/12/1940, “não se pune o aborto praticado por médico” explica os casos de aborto legal no caso de gravidez resultante de violência sexual: “O aborto em vítima de estupro, por seu turno, depende de prévio consentimento dela ou, enquanto incapaz, de seu representante legal. A doutrina designa essa excludente como aborto humanitário, ético ou sentimental, por permitir que a vítima de estupro aborte ser concebido de modo indesejado, violento. Não lhe impõe, assim, a obrigação de aceitar a concepção advinda da violência que sofreu”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 39).

Para Faúndes e Barzelatto (2004), “isso ocorre porque os profissionais de saúde em geral, os obstetras e ginecologistas em particular, frequentemente são ambivalentes a

respeito do problema do aborto; as questões éticas, morais e religiosas se sobrepõem aos conceitos que têm sobre o aborto e muitas vezes têm de enfrentar valores profissionais e morais conflitantes”. Muitos não querem se adentrar às questões éticas, e não querem se envolver com a particularidade de cada paciente, outros dizem que não se importam e que se comprometem com o sigilo que se deve ter para as mulheres que atendem. E esses conflitos pessoais interferem no atendimento a ser realizado e, a falta formação médica para o assunto do aborto significa também a falta de um atendimento integral e comprometido.

Para a realização de uma identificação de quem são as mulheres que praticam o aborto, foi realizada uma “Pesquisa Nacional sobre o Aborto” no ano de 2010 com uma técnica peculiar chamada “técnica de urna”. A partir dessa técnica foram feitas entrevistas em todo o território brasileiro com uma amostra de 2.002 mulheres com as idades entre 19 e 39 anos.

Segundo Diniz,

O número de abortos no país é superior ao contabilizado pela pesquisa, não só porque uma mesma mulher pode abortar mais de uma vez, mas também porque as mulheres analfabetas e as áreas rurais do Brasil não foram cobertas pelo inquérito. (PNA, 2010, p. 964).

Um outro dado importante trazido dessa pesquisa, que o aborto é tão comum no Brasil que ao completar quarenta anos mais um de uma em cada cinco mulheres já fez aborto. O aborto é realizado nas idades que indicam o período reprodutivo de cada mulher, ou seja, entre 18 e 29 anos. E é mais comum entre mulheres de menor escolaridade, fator que pode estar relacionado a características sociais de mulheres que se enquadram nesse baixo nível educacional.

Ainda relatando dados sobre essa pesquisa, concluiu-se que a religião não é um fator importante na diferenciação em relação ao aborto. Sobre as entrevistas realizadas, a maioria das mulheres que realizaram o aborto são católicas, em seguida as protestantes e após mulheres sem religião definida.

Não surpreende que os níveis de internação pós-aborto contabilizados pela PNA sejam elevados, ocorrendo em quase a metade dos casos. Um fenômeno tão comum e com consequências de saúde tão importantes coloca o aborto em posição de prioridade na agenda de saúde pública nacional. (PNA, 2010, p. 964).

A criminalização do aborto, no entanto é combatida pelas normas técnicas do Ministério da Saúde que foi lançada em 2005 para que o atendimento seja humanizado e, que, por sua vez, ressaltam que as mulheres devem ser tratadas com respeito durante todo o

procedimento de abortamento e pós-abortamento, com acompanhamento para o retorno de exames, atendimento e informação para ao planejamento familiar a essas mulheres. Profissionais de saúde devem conhecer os direitos dessas mulheres e interagirem de maneira sensível com as mesmas. Os serviços de saúde amparados pelo SUS devem oferecer treinamentos e cursos de capacitação para esses profissionais de saúde, pois ainda há uma limitação na abordagem do tema e oferecer às essas mulheres os meios contraceptivos para evitar outra gravidez indesejada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 45).

1.3 Dos serviços de abortamento legal no Brasil: história e localidades

Em uma pesquisa realizada por Talib e Citelli (2005) sobre os serviços públicos de saúde orientados ao abortamento legal, foram encontrados 56 serviços distribuídos em algumas regiões do Brasil. Esses serviços de saúde foram implementados em 1989 com a atuação do movimento feminista no Brasil desde a década de 80 e apoiados pelo “Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher” (PAISM)⁴. O serviço em funcionamento na região Norte, está localizado na capital Roraima; na região Nordeste, onze serviços é distribuído em oito capitais, Natal, Recife e São Luís contam somente com dois serviços. Com exceção das capitais Tocantins e Amapá que não possuem serviços em funcionamento.

Na Região Sudeste, o atendimento é prestado em doze serviços. Três em Minas Gerais: um na capital e outros dois na Região Metropolitana de Belo Horizonte (Betim). São Paulo é o estado mais equipado, contando com sete serviços: quatro na capital; um na Região Metropolitana de São Paulo (São Bernardo do Campo) e outros dois implantados em cidades do interior (Campinas e Botucatu). Os únicos serviços disponíveis no Espírito Santo e no Rio de Janeiro estão nas capitais⁵.

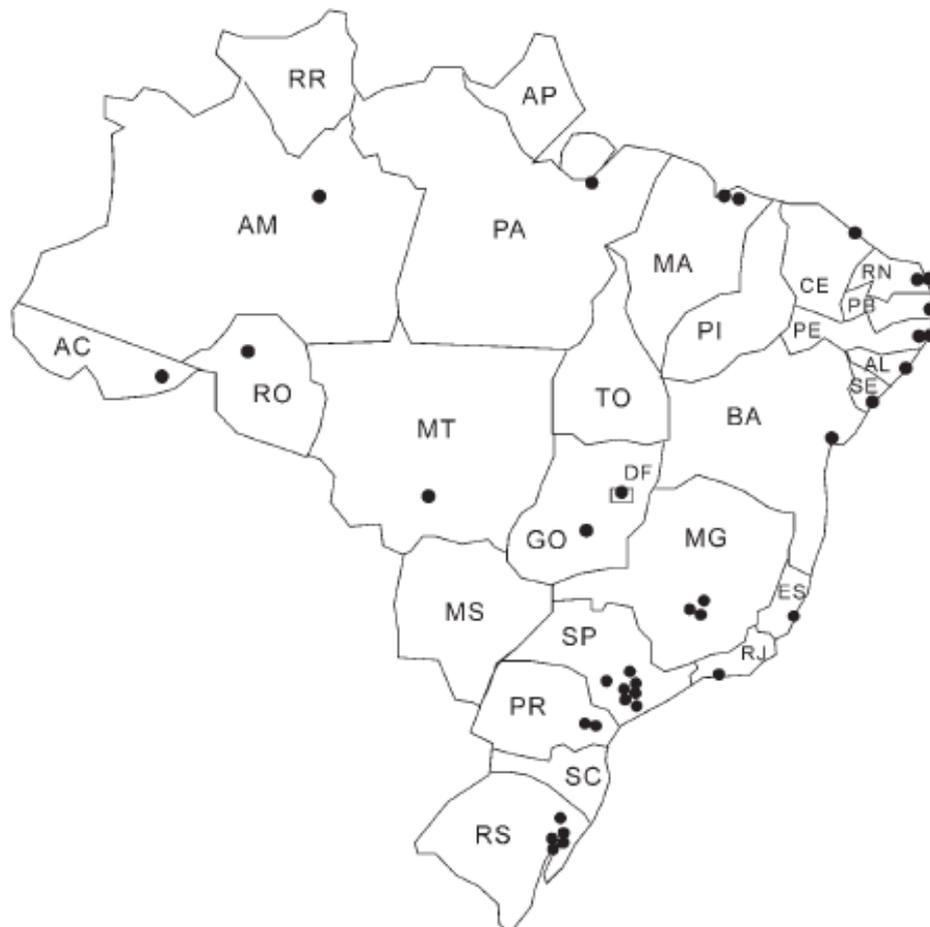
Na Região Sul temos mais sete serviços: cinco no Rio Grande do Sul (quatro em Porto Alegre e um em Caxias do Sul); e dois em Curitiba/PR. Outros três serviços ficam na Região Centro-Oeste: um no Distrito Federal; outro em Cuiabá/MT e mais um em Goiânia, embora este ainda não tenha prestado atendimento. Logo abaixo, um mapa do Brasil com a distribuição dos serviços de aborto legal por regiões (UF) do ano de 2005.

⁴ Ativistas feministas deram suporte à elaboração e implantação do PAISM e participaram ativamente das Conferências da ONU – Cairo e Pequim – 1994-1995;

⁵ 1989: Hospital Arthur Ribeiro Saboya (Hospital do Jabaquara), São Paulo – SP;
1994: Hospital Pérola Byington – São Paulo SP;

2000: Hospital Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfleder Silva (Hospital da Vila Nova Cachoeirinha), São Paulo – SP;

Distribuição dos serviços de aborto legal no Brasil



***Fonte: Pesquisa “Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros – CDD-BR – 2005.**

Em 1989, foi criado o primeiro hospital público de atendimento aos casos de aborto permitidos em lei, o Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Saboya conhecido como Hospital do Jabaquara-SP. O hospital contava com uma equipe de médicos e gestores, que algum tempo idealizavam um serviço de saúde, já que o Hospital é referência de pioneirismo de aborto legal no Brasil no hospital do Jabaquara – SP, essa equipe contava com o apoio da prefeitura, do secretário de saúde e médicas feministas. Essa comissão realizou vários seminários pelo Brasil, reunindo juristas conceituados e feministas representantes de conselhos médicos e federações médicas, desses seminários a equipe juntou pareceres médicos e jurídicos e mandou para a Procuradoria Geral do município de Jabaquara – SP. Desse processo surgiu a ideia (em 16 de maio de 1989) de que,

O abortamento legal, cercado das precauções estatuídas na proposta da portaria examinada, pelas unidades da rede hospitalar pública municipal, constituirá não só a concretização da vontade da lei, mas a efetivação de um serviço de saúde importante e necessário. (TALIB & CITELI, 2005 p.14).

Segundo Talib, as medidas tomadas ainda eram muito cautelosas, as mulheres ao chegarem ao hospital teriam que apresentar, entre outras cópias, o BO registrando a agressão com data em até 15 dias e o laudo pericial do IML; só assim essa mulher seria atendida pela comissão multiprofissional do hospital que contava com os seguintes profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos, advogados e assistentes sociais que finalizaria o processo burocrático dizendo a decisão final por determinação da Procuradoria Geral.

No dia 12 de agosto de 1989, o serviço foi finalmente inaugurado no Hospital do Jabaquara – SP, como um serviço que tinha boa condição assistencialista e que contava com profissionais de saúde sensibilizados e dispostos a fazer cumprir a lei. Somente depois de 11 anos, a mesma equipe, fazendo cumprir os serviços oferecidos, passou a consultar novos hospitais para a implantação dos procedimentos de abortos legais previstos em lei. Em que pese existir ainda muita resistência houve a implantação de outro serviço no Hospital e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes em São Paulo no ano de 1994 e, em seguida no ano 2000 no Hospital Pérola Byington, por iniciativa da comissão responsável pela implantação desses novos serviços.

Outro médico que atuou por muitos anos no Jabaquara refere-se à enorme dificuldade enfrentada por psicólogas e assistentes sociais para convencer médicas/os e enfermeiras/os a participarem da equipe. Segundo ele, muitos alegam que “o aborto não condiz com sua formação nem com a religião”. Relata ainda que “é muito comum colegas de outros hospitais dizerem, quando estou chegando, “lá vem o aborteiro”. E um experiente profissional confirma: “os currículos das escolas de Medicina ainda são medievais, não se adaptaram à realidade atual”. (TALIB & CITELI, 2005 p. 17).

No ano de 1998, quando oito serviços de aborto legal já estavam em funcionamento no País, no Estado de São Paulo existiam 6 na região metropolitana e 2 no interior. Nessa época, o Ministério da Saúde expediu a “Norma Técnica para Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes” (2012), que orientava o os serviços de atendimento a vítimas de violência e ao aborto previsto em lei.

Essa Norma Técnica foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2012 e baseava-se na organização dos serviços de saúde e nos níveis de complexidade e especialidade da atenção para a prevenção e o tratamento de agravos.

Nesse contexto, a Norma Técnica tinha como objetivo atender os anseios de profissionais de saúde, como a sociedade em geral para a orientação de condutas e indicações em relação à legislação e as atuais políticas, com seus avanços técnico-científicos. De acordo com as diretrizes e princípios do SUS, essa norma tem um enfoque de gênero identificando somente para mulheres, que visa a garantia dos direitos aos atendimentos as pessoas que sofreram violência sexual independente de sexo, idade e orientação sexual.

Representa parte das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos à saúde decorrentes desta sorte de violência. Nesse sentido, a abordagem interdisciplinar, a integração de ações sobre violência de gênero em diferentes atuações na unidade de saúde, o fortalecimento das fontes informais de apoio entre outros, são fundamentais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 15).

Após alguns anos, em 2004, houve a primeira coleta de dados da Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, no sentido de mapear os serviços de aborto legal em funcionamento no País, constatando-se a existência de 39 serviços em funcionamento e outros 10 em treinamento (sem a informação se já estavam em funcionamento) por região do País. De acordo com os dados do Ministério da Saúde (2005), três unidades da federação localizadas na região Norte ainda não tinham nenhum serviço em funcionamento/treinamento, a saber Roraima, Amapá e Tocantins.

“Foram pesquisados 56 hospitais públicos estaduais, municipais e universitários, espalhados por 24 unidades da federação (UF) sul, sudeste, nordeste, norte e centro-oeste”. (TALIB & CITELLI, 2005, p. 45). Em 37 cidades, em sua grande maioria (24) localizados na capital da UF, em 3 hospitais pesquisados, não obteve informações, pois só tinham dados para anos mais recentes e não sistematizavam os casos.

A dispersão dos dados e a falta de registro sistemático dos atendimentos realizados parece atingir em maior ou menor grau quase todos os serviços em funcionamento. As Normas Técnicas federais recomendam o registro padronizado dos dados em fichas específicas e no prontuário médico. No entanto, nenhuma delas exige essa prática. A Norma mais recente (2005) sugere a utilização de uma ficha contemplando 12 itens de registro minucioso de todos os dados do atendimento. (TALIB & CITELLI, 2005 p. 47).

Talib (2005), explica que os outros 16 serviços pesquisados responderam que não prestam atendimento de aborto legal e estão localizados em 4 regiões. Onze (11) serviços na região Sudeste, 2 serviços na região Nordeste e 2 serviços na região Centro-Oeste e somente 1 serviço na região Norte. Os pesquisados da região Sul responderam prestar atendimento, de acordo com os dados, somente um serviço negou-se responder à pesquisa. Na região Norte, o único hospital chegou a ter o serviço implantado, depois passou por mudanças de direção e acabou mesmo antes que tivesse prestado atendimento.

Serviços que responderam não prestar atendimento de aborto legal ou não responderam à pesquisa, segundo região

Serviço pesquisado /Região	Total	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Não atendem	16	1	2	11	0	2
Não responderam	3	0	0	2	1	0
Total	19	1	2	13	1	2

Fonte: Pesquisa "Serviços de Aborto Legal em hospitais públicos brasileiros", CDD-Br

No Nordeste, dois serviços pesquisados, 1 (um) em PI e 1 (outro) em PE responderam nunca ter funcionado. Na região Sudeste, dos 11 serviços apontados que não funcionam, 8 deles estão no estado de São Paulo, 6 na região metropolitana e 2 no interior. Em Minas Gerais tem 2 serviços e 1 na cidade do Rio de Janeiro. Na região Centro-Oeste, dois hospitais não prestam atendimento, um deles está no município próximo a Cuiabá que respondeu não ter prestado nenhum atendimento.

Distribuição do número de serviços por faixas de atendimento prestado, segundo regiões do país (desde a criação do serviço até 2004)

Atendimentos/Região	Total de serviços	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
270 ou mais	2	0	0	2	0	0
101 a 200	1	0	1	0	0	0
31 a 100	5	1	0	3	0	1
<i>Subtotal 1</i>	<i>8</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>5</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
11 a 30	5	0	3	0	2	0
5 a 10	8	1	3	1	2	1
1 a 4	11	2	3	5	1	0
Nenhum	5	0	1	1	2	1
<i>Subtotal 2</i>	<i>29</i>	<i>3</i>	<i>10</i>	<i>7</i>	<i>7</i>	<i>2</i>
Total	37	4	11	12	7	3

Fonte: Pesquisa "Serviços de Aborto Legal em hospitais públicos brasileiros", CDD-Br

***dados obtidos desde a criação dos serviços em 1989 a 2004.**

Verificou-se que 29 serviços, ou seja, 78% dos que responderam atender, informando ter prestado entre 30 e nenhum atendimento (subtotal 2). Na Região Sul, a totalidade dos serviços se encontra nessa mesma faixa (30 a nenhum atendimento). Na Região Nordeste, apenas um hospital apresenta atendimentos em número superior a 30, na faixa entre 101 e 200 atendimentos por ano. Concentrando a atenção no subtotal 1 da Tabela 6, identificou-se que 5 hospitais declararam ter prestado de 31 a 100 atendimentos, enquanto um registrou atendimentos na faixa entre 101-200, e apenas dois localizados na Região Sudeste

(na cidade de São Paulo) registraram mais de 270 atendimentos. (TALIB & CITELI, 2004 p. 50).

Três em Minas Gerais: um na capital e outros dois na Região Metropolitana de Belo Horizonte. São Paulo é o estado mais equipado, contando com sete serviços: quatro na capital; um na Região Metropolitana de São Paulo (São Bernardo do Campo) e outros dois implantados em cidades do interior (Campinas e Botucatu). Os únicos serviços disponíveis no Espírito Santo e no Rio de Janeiro estão nas capitais. Na Região Sul, temos mais sete serviços: cinco no Rio Grande do Sul (quatro em Porto Alegre e um em Caxias do Sul); e dois em Curitiba/PR. Outros três serviços ficam na Região Centro-Oeste: um no Distrito Federal; outro em Cuiabá/ MT e mais um em Goiânia, embora este ainda não tenha prestado atendimento. (TALIB & CITELLI, 2004 p. 51).

A legislação restritiva do abortamento pode estar refletindo o cenário de grandes desigualdades socioeconômicas, um vez que as restrições atingem basicamente as camadas mais pobres, excluídas marginalizadas, sem capacidade de interferir nas esferas de decisão, que são de categorias baixas, prover acesso ao aborto seguro a despeito de toda a discussão ético-religiosa em torno do tema, é uma questão que precisa ser incluída na nos serviços de saúde de todo o Brasil.

No entanto, o alerta para o fato de que apesar de haver um recente crescimento no número de serviços de aborto legal em nível nacional, mesmo assim ainda é possível observar uma forte resistência de profissionais e gestores na implementação desses serviços, que dependem em grande parte do treinamento e da permanência dos integrantes das equipes para seu funcionamento. (FARIAS RS. CAVALCANTI LF, 2012 p. 1761).

Para Faúndes e Barzelatto (2004), “isso ocorre porque os profissionais de saúde em geral, os obstetras e ginecologistas em particular, frequentemente são ambivalentes a respeito do problema do aborto, pois têm que enfrentar valores profissionais e morais conflitantes”. Muitos não querem adentrar as questões éticas e não querem se envolver com a particularidade de cada paciente; outros dizem que não se importam e que se comprometem com o sigilo que se deve ter para as mulheres que atendem.

A criminalização do aborto é combatida pelas normas técnicas “Atenção Humanizada ao Abortamento” (2005), que ressaltam que as mulheres devem ser tratadas com respeito durante todo o procedimento de abortamento e pós-abortamento, profissionais de saúde devem conhecer os direitos de integralidade, universalidade e equidade dessas mulheres asseguradas pelas diretrizes do SUS e interagirem de maneira sensível com as mesmas. Os serviços de saúde devem oferecer treinamentos e cursos de capacitação para esses

profissionais de saúde, pois ainda há uma limitação na abordagem do tema e oferecer às essas mulheres meios contraceptivos para evitar outra gravidez indesejada.

1.4 Objeção de consciência e aborto legal

Em relação aos deveres públicos e individuais nos casos de abortamento legal, o médico pode declarar objeção de consciência para não atender uma mulher que deseja fazer aborto legal, usa de tal dispositivo para proteger a sua moral privada. Embora o procedimento seja legalizado, o médico no seu direito, alega objeção de consciência com sentimento de integridade e moral, pelo fato de acreditar que aquele procedimento seja errado, embora legal.

De acordo com Diniz (2011), o aborto feito nos serviços de saúde, pode envolver um conflito entre as vontades e direitos individuais das mulheres e dos médicos.

No caso do aborto em serviço público de saúde, o conflito não é apenas entre o médico e a mulher. A objeção de consciência pode ser analisada como conflito entre responsabilidades profissionais e direitos individuais; entre diferentes direitos individuais (direito à intimidade, liberdade de consciência, autonomia, saúde, entre outros); ou entre direitos individuais e deveres institucionais. (DINIZ , 2011, p. 982).

No caso de objeção de consciência, a mulher atendida deverá procurar outro médico, outro serviço ou em casos extremos até ficar sem a assistência.

Código de Ética Médica: “o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente” (art. 7º). É seu direito “indicar o procedimento adequado ao paciente observando as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país” (art. 21) e “recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência” (art. 28). É vedado “descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento” (art. 43) e “efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida” (art. 48)”. (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 2003 p. 88).

De acordo com a teoria da integridade pautada por Diniz (2011), “os médicos podem objetar-se de suas responsabilidades por crenças relevantes, tendo o dever de encaminhar as mulheres a outros serviços, sem que isso resulte em danos significativos a elas”. O médico que trabalhar nos serviços de saúde de aborto legal, tem a responsabilidade de realizar os abortos previstos em lei e que pelo Código de Ética médica está “impossibilitado de descumprir a legislação específica nos casos de abortamento” ou seja , o médico que trabalha em centros de referência em abortamento legal não deverá ter objeção

integral nenhuma, já os médicos que tem objeção integral, não deverão trabalhar nos serviços de aborto legal.

Portanto, a recusa de um médico em assistir uma mulher em um serviço de referência para o aborto legal pode significar obstrução definitiva do direito da mulher à saúde, caso não haja como substituir imediatamente esse profissional. (SAVULESCU J. 2006, p. 298)

A objeção de consciência muitas vezes é considerada um “abuso de poder”, pois a relação que existe entre uma mulher e um médico com objeção não é igualitária, já que muitas mulheres dependem desses serviços prestados, da assistência que deveria ser dada para que seja feito o procedimento de forma legal, ou seja, a mulher está amparada pela lei e pelo Estado e a recusa do profissional de saúde possibilitará a demora no procedimento, tendo em vista que essa mulher já está fisicamente e psicologicamente abalada, a incerteza de fazer ou não o procedimento com certeza afetará negativamente o estado dessa mulher.

A tese da integridade visa resolver o conflito entre o direito à liberdade religiosa e o direito à saúde da mulher por meio do compromisso moral do médico com os critérios de regulação da objeção de consciência também traduzidos nas regulamentações brasileiras da política do aborto legal e no Código de Ética Médica. (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 2003 p. 83).

Entretanto, para fins de simplificação argumentativa, é razoável assumir que um médico com objeção integral de consciência ao aborto não atue em serviço de referência para o aborto no SUS. Assim, é o estatuto de validade das crenças motivadoras da objeção de consciência seletiva que deve ser discutido para o justo funcionamento desses serviços. (DINIZ, 2011 p. 984).

Segundo Diniz (2011),

o médico objetor deve justificar a solicitação de recusa de assistência em um caso concreto, por isso a proposta da “tese da justificação”. O ônus da justificação cabe ao médico com objeção seletiva de consciência, e é dever da unidade de saúde avaliar sua relevância. Ao justificar em que medida o atendimento de um caso concreto viola suas crenças morais privadas, o médico objetor torna públicos seus valores e os submete à avaliação de relevância pela unidade de saúde. (p. 982).

O direito à objeção não deve ser absoluto nem integral, considerando valores éticos, morais, religiosos que são valores íntimos e individuais. A proteção acima de tudo vem do Estado e das leis que garantem a assistência integral à mulher que necessita de fazer o procedimento, quando em um serviço de saúde por motivo de objeção de consciência esse direito é vetado ou dificultado, não cabe ao indivíduo a integral objeção, tendo em vista a primária saúde da mulher em seu estado real.

CAPÍTULO 2 – Notas Metodológicas: a Saúde Coletiva e os modos de se pesquisar

2.1. O que é Saúde Coletiva?

A Saúde Coletiva teve início em 1980 com a Reforma Sanitária, como corrente de pensamento, movimento social e prática teórica, caracterizando-a em uma apreensão da saúde atravessada pelo social e pelo coletivo, no Brasil, a Saúde Coletiva contribuiu para uma especificidade bastante marcada, identificando a “medicina social” como um campo da Saúde Coletiva, tendo sido evidenciada por fases como: “pré-saúde coletiva” nos anos 70 que se estenderia por cerca de quinze anos. Essa primeira fase foi denominada de “pré-saúde coletiva” e foi apontada pela fase do “projeto preventivista”, ou seja, pelas mudanças no campo conceitual da área médica, ao se estabelecer uma nova articulação com uma sociedade em fase de mudanças sociais. A segunda fase se inicia, no final dos anos 70 e tem um, aspecto da “medicina social”, que não exclui o ideal preventivista, mas visa uma mudança de aspectos em relação ao social e ao coletivo em relação às práticas médicas, em uma abordagem social básica. Dos anos 80 em diante até a atualidade, o campo da Saúde Coletiva, mais amplo em seu contexto socioeconômico e político-ideológico, se estrutura nas dimensões como corrente de pensamento, movimento social e prática teórica. (NUNES, 1995)

Em relação ao projeto preventivista, nos países latino-americanos onde já se diagnosticava uma crise de uma medicina na sua teoria e prática, ocorreu uma revisão de conceitos, indicando que o método utilizado para tal projeto era pedagógico e não a reforma nas práticas médicas. Nesse período de “pré-saúde coletiva”, assistiu-se a inclusão de matérias nos cursos de medicina que visassem o conceito mais amplo de saúde, como epidemiologia, ciências da conduta e administração de serviços de saúde, entre outros.

Nunes (1994) descreve que nesse momento, o ramo da “medicina social” “que abrangia conceitos de cunho sociológico, antropológico, demográficos, epidemiológicos e ecológicos” estava sendo implantado, criticando as práticas mantidas na medicina moderna, como práticas individuais e centradas somente no hospital, bem como para a importância da introdução de outros conhecimentos sociais mais abrangentes nessas práticas com a interação maior com o indivíduo e a comunidade, sendo assim uma “medicina integral”, caracterizando esse vínculo entre o social e o indivíduo no plano da comunidade em que se insere.

Se, no plano do conhecimento, é o momento de dar espaço a alguns conceitos sociológicos, antropológicos, demográficos, epidemiológicos e ecológicos, no plano político-ideológico, o projeto preventivista se expressa na chamada “medicina

comunitária" e seus desdobramentos nos programas extramuros. (NUNES, 1994, p. 07).

Em um segundo momento, pautou-se alternativas de implantação de um projeto alternativo de ensino que intensificaria a “medicina social”. (NUNES, 1994, p. 07). Após a II GM (anos 50), houve mudanças junto à expansão econômica como, a intensificação da produção industrial manufatureira, principalmente, nos países como Argentina, Brasil, Chile e México. O aumento da produtividade da força de trabalho, implantado juntamente com o novo modelo de acúmulo, aplicava-se a participação da estatal neste modelo, que é baseado na substituição de importações.

Nesse período, entra em cena o conceito de controle da progressiva utilização de antibióticos e de técnicas cirúrgicas confirmando a concretização na atenção médica individualizada. É nesse momento também que as teorias desenvolvimentistas da época se instalam e dão ideia de um círculo vicioso entre a pobreza-doença, a “causação circular” de Gunnar Myrdal, que explica que quanto mais se conhece a maneira como os fatores se inter-relacionam, maior a capacidade de obter bons resultados, em relação ao sistema social vigente. A partir então, inicia-se a implementação de um campo de saber de práticas, cujo nome muda-se para “Medicina Preventiva e Social” e que se estende até os anos 70.

Nos anos 60, se instala na América Latina o “planejamento em saúde”, baseava-se em uma saúde básica possibilitando a relação entre custo/benefício. O “projeto preventivista” acima citado e cujo objetivo era planejar a nível social geral, a revisão de conceitos, valores e estratégias, firmando-se em um projeto pedagógico que se diferenciava do que existiam, por caracterizar um modelo baseado na formação de sanitaristas/eram médicos na saúde pública. Em 1962, criava-se o primeiro programa de residência médica na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, como pioneiro na formação de profissionais em ações-preventivas e curativas. (NUNES, 1994, p. 08).

Em 1974, a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) se posiciona com uma crítica, indicando que a introdução das disciplinas de medicina preventiva havia dado certo, mas que as reformas preconizadas não teriam se integrado no processo integral da escola médica, caracterizando que a interação da medicina social com a comunidade estava desvinculada dos serviços de saúde existentes. A crítica dizia que "as ambiciosas metas de obter a transformação das práticas de saúde, em especial da atenção médica, mediante a formação de um profissional capacitado para realizar essas mudanças, não haviam se concretizado". (OPAS, 1976).

Como o estudo da dinâmica do processo saúde-doença nas populações, suas relações com a estrutura de atenção médica, bem como das relações de ambas com o sistema

social global, visando à transformação destas relações para a obtenção dentro dos conhecimentos atuais, de níveis máximos possíveis de saúde e bem-estar das populações. (AROUCA, A. S. S, 1975).

Em 1973, um trabalho feito pelo Professor Guilherme Rodrigues da Silva aponta a questão de retomar a distinção entre os conceitos de “Medicina Preventiva” e “Medicina Social”, sendo que algumas áreas da medicina preventiva assumem uma posição mais inovadora, indicando uma crítica mais construtiva da própria realidade médico-social e da prática da medicina em si, estabelecida mais no modelo de medicina social do que originalmente o modelo da medicina preventiva.

De acordo com Nunes (1994), “o aumento dos serviços de saúde e a racionalização dos recursos são fundamentais para que a saúde seja um direito inalienável para todos os indivíduos”.

Um dos efeitos do crescimento econômico seria a melhoria das condições de saúde. Não se trata de apontar com números e dados a deterioração dessas condições de saúde, especialmente no que se refere à desnutrição e à emergência de novos problemas, como o dos acidentes de trabalho e das doenças crônico-degenerativas, mas assinalar que o perfil de morbi-mortalidade de então já apontava para uma "conformação da problemática da saúde coletiva que abarcava o "pior dos mundos", com uma mescla da patologia da "pobreza" e da patologia da "riqueza". (LAURELL, 1986, p. 12).

No âmbito da formação acadêmica, houve o estabelecimento de cursos que realizariam um grande avanço qualitativo em ensino e pesquisa na área da medicina, formando mestres e doutores em medicina preventiva, saúde pública e medicina social, que visava formar o profissional médico, com conhecimento nas áreas de epidemiologia, planejamento e ciências sociais de tal modo relacionados que lhes dessem a oportunidade de formadores de ações múltiplas, crítica e transformadora. Nos anos de 1976, o “Centro de Estudos de Saúde” (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) têm início, e vão formando uma resistência e análise crítica da real situação da saúde e das políticas sanitárias brasileiras; contribuindo, por fim, para que seja emitida a Resolução 16/81 que estabelece a Residência em Medicina Preventiva e Social como uma das áreas básicas do seu programa.

Assim, já em 1976, um grupo de médicos sanitaristas criava o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/Cebes com o objetivo de ampliar e prosseguir "as discussões no sentido de reafirmar a íntima relação entre saúde e a estrutura social". A Revista “Saúde em Debate” foi o veículo criado para divulgar tais discussões. A maior parte dos seus artigos e ensaios constituíam-se de análises críticas ao sistema de saúde vigente, algumas feitas a partir de trabalhos acadêmicos. Mantendo o mesmo perfil, a revista continua a ser editada até o

momento atual, tendo, portanto, 26 anos. Nos primeiros anos de sua publicação, seu principal lema era "saúde e democracia" (Saúde em Debate, 1976).

Os desdobramentos desses programas e as resoluções posteriores que revogaram a de número 08/79, sobretudo a Resolução 16/81 que cria duas alternativas aos programas - o modelo da Medicina de Família - denominado de Medicina Geral e Comunitária, e o modelo da Saúde Coletiva - e que fazem parte da história da Residência e de suas resistências. (ABRASCO, 1982, p. 62).

Nesse contexto, profissionais das áreas da saúde pública e da medicina preventiva, que sempre tiveram significativa presença na cena política brasileira através de algumas organizações de caráter científico e/ou sindical, passaram a defender o sistema público de saúde, no âmago da luta pelos direitos de cidadania, enfatizando o direito à saúde. Realmente, a questão da saúde sempre foi altamente politizada no Brasil, e o chamado "movimento sanitário" teve papel importante na resistência ao regime militar brasileiro e na luta pela democratização do país. (L'ABBAETE, 2003).

O campo da Saúde Coletiva ainda tem pela frente a missão de investigar, compreender e interpretar os quesitos da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, trazendo e reestruturando a interdisciplinaridade como produtora da construção de conhecimento amplo e avançado da saúde, como forma de enfrentar as práticas sanitárias e a reflexão crítica do social e do coletivo, necessita pensar no geral e no específico para a formação de determinadas áreas de atuação. Birman (1991) explica que essas áreas de atuação da Saúde Coletiva se reestruturaram ao introduzir as ciências humanas no campo da saúde em geral, evidenciando as dimensões simbólica, ética e política, revendo o discurso constituído nos parâmetros biológico e social.

A expressão Saúde Coletiva é uma invenção tipicamente brasileira que surgiu em fins da década de 1970, na perspectiva de constituir um paradigma que permitisse uma nova articulação entre as diferentes instituições do campo da saúde. Abrange atualmente um conjunto complexo de saberes e práticas relacionados ao campo da saúde, envolvendo desde organizações que prestam assistência à saúde da população até instituições de ensino e pesquisa e organizações da sociedade civil. Compreende, portanto, práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas. (Carvalho, 2002).

Em relação à análise do processo saúde-doença, por exemplo, a saúde coletiva tem tido como desafio a necessidade de incorporar novas abordagens teórico-metodológicas, sobretudo as que procedem da fenomenologia valorizando as dimensões do indivíduo e dos pequenos grupos, bem como das representações sociais. Trata-se, enfim de se aproximar das diversas maneiras pelas quais as pessoas experimentam o estar com saúde ou o sentir-se doente. Sem deixar de levar em conta as condições sociais mais amplas, estas perdem seu caráter determinante. (L'ABBAETE, 2003, 217).

Diante disso, dentro do campo Saúde Coletiva, essa é uma pesquisa da área das Ciências Sociais em Saúde, que tem como base o “olhar humano e social” como área de conhecimento e prática profissional. Segundo Birman (1996), a pregnância da pesquisa interdisciplinar, no contexto renovado da Saúde Coletiva, “a perspectiva interdisciplinar de investigação é o correlato deste remanejamento profundo do campo da saúde, sem o qual esta reestruturação seria impossível portanto, a noção de disciplina foi implodida para que o conceito de Saúde Coletiva pudesse construir, sendo uma condição para a invenção de um novo campo sanitário.” (p. 8).

A pesquisa apresenta-se, assim, como uma possibilidade para que os estudantes e profissionais construam uma explicação para um problema gerado por um fenômeno cujo conhecimento científico que possuem para explicá-lo ainda é insuficiente. Essa explicação ocorre por meio de um processo de aproximações e elaborações do confronto entre as novas informações e os conhecimentos que possuem, os quais não são necessariamente científicos, mas baseados em suas vivências (NAKAMURA; MENDES; SILVA, 2012, p. 33).

O Sistema de Saúde Brasileiro vem apresentando um quadro de problemas relacionados à saúde, por isso, a partir da década de 70 tentativas de solucionar esses problemas foi implantado por um movimento chamado “Reforma Sanitária”. Mas, o que foi o movimento da Reforma Sanitária? Esse movimento visava reverter a lógica da assistência à saúde, com base em alguns princípios: universalidade, integralidade, hierarquização, descentralização e participação. Buscava reverter a lógica da assistência à saúde e denunciava a forma de organização do sistema como crises, gastos, privilegiamento por poucos que tinham renda e concentração de renda.

Nesse período de implementação da Saúde Coletiva, os principais problemas detectados eram as desigualdades no acesso aos serviços de saúde; os custos; financiamento e gestão. As desigualdades sociais eram firmadas pela assistência médica que realizava atendimento aos que somente que podiam pagar por seus serviços. A partir da década de 20, as empresas começaram a pagar para seus empregados assistência médica, aposentadoria e pensões. De acordo com esses dados, um novo modelo de atenção à saúde começava a ser implementado e se propõe que a saúde seja um direito do cidadão; um dever do Estado; acesso a todos os bens e serviços que promovam e recuperem a universalização e integralidade. (NUNES, 1994, p. 10).

Estudo realizado por Carneiro (2013), sobre a atuação do Bacharel em Saúde Coletiva e que buscou explorar habilidades e competências dos cursos de Saúde Coletiva no Brasil, descreve-se que:

o campo da Saúde Coletiva é relativamente novo no Brasil; sobretudo, em âmbito de graduação ou bacharelado, temática desta pequena reflexão, a Saúde Coletiva

principia, nos anos de 1980, como pós-graduação *latu e stricto sensu* e somente, em 2008, desponta como curso de graduação. Entre as experiências pioneiras, encontramos a arrojada proposta do curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia, bastante marcado por uma grade sistêmica e interdisciplinar. (p. 106).

Enquanto campo de saberes e de práticas, a Saúde Coletiva aparece composta pela somatória de três grandes áreas, a Epidemiologia, o Planejamento e a Gestão dos Sistemas e as Ciências Sociais, que, em seu interior, sofrem de uma dissolução em nome de uma nova disciplina transdisciplinar e nascente. (CARNEIRO, 2013, p. 105).

Para Carneiro (2013), a Saúde Coletiva possibilita que o graduando exerça a profissão de Sanitarista mediante a pesquisa em saúde, onde pode optar por ser pesquisador, mapear, cartografar e compreender processos sociais. Pesquisar saúde é trabalhar com a saúde e oferecer cenários para o profissional produzir contextos diversos como a promoção da saúde, produzir ciência quanto pesquisador e cientista. (p. 110).

Enquanto pesquisador da área das Ciências da Saúde, esse estudo possibilita que por meio da Saúde Coletiva haja uma busca de informações e dados, que foram analisados e identificados como uma temática escassa de estudos.

2.2 Objetivo Geral e Objetivos Específicos desta pesquisa

O objetivo geral deste trabalho é mapear os serviços de abortamento legal no Brasil e a percepção dos profissionais de saúde sobre o tema e sua prática e assistência, a partir de uma revisão sistemática nas revistas brasileiras de Ciências da Saúde, no período de 2003 a 2013. Os objetivos específicos são: identificar quantos serviços de abortamento legal existem no Brasil e relatar as perspectivas de profissionais sobre o aborto legal e sua atuação no sistema público de saúde.

Os artigos pesquisados foram encontrados nos bancos de dados Scielo, BVS e PubMed e tratam de temas relacionados às perspectivas de profissionais de saúde, suas representações e experiências sobre o aborto legal no Brasil; objeção de consciência por parte de alguns profissionais de saúde; leis, portarias, normativas relacionadas à bioética e ética, o aborto legal em assuntos específicos e relacionados com determinantes sociais como características sócio demográficas e reprodutivas de mulheres admitidas para o procedimento de abortamento legal.

As Ciências Sociais em Saúde usam de uma gama de metodologias para estudos qualitativos empíricos e descritivos (coleta de dados), que necessitam de interpretações em termos sociais e culturais. Este trabalho consiste numa pesquisa qualitativa baseada em uma

revisão sistemática caracterizada pela busca em revistas científicas brasileiras de Saúde Coletiva/Saúde Pública; bibliotecas virtuais ou periódicos; normas do Ministério da Saúde, Leis e representar resultados da análise sistemática.

Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. (SAMPAIO & MANCINI, 2007, p. 84).

A revisão sistemática caracteriza em um tipo de investigação científica que reúne, avalia e conduz um apanhado de resultados de vários outros estudos que são primários, tem um papel importante na fundamentação de um trabalho acadêmico, pois através dessa revisão que o trabalho a ser analisado se situa dentro da enorme área de pesquisa ao qual o contextualiza. (COOK; MULROW; HAYNES, 1997 p. 386).

Para Cordeiro et al. (2007), “a pesquisa científica é caracterizada como atividade cotidiana na vida acadêmica e ainda considera como instrumento de questionamento sistemático na busca de novos conhecimentos científicos”. (p. 56). Portanto, situar a revisão sistemática é importante, tanto para quem escreve quanto para o leitor do seu texto, porque precisará definir os autores pertinentes para fundamentar seu trabalho, o que demandará uma leitura vasta, constante e repetida e para quem lê, que identificar a linha de pesquisa em que o trabalho se insere com base nos autores selecionados para a revisão de literatura. Partindo dessa premissa, este trabalho fará uma revisão sistemática sobre o aborto legal no Brasil, com o foco na perspectiva e opinião dos profissionais de saúde, nos serviços que oferecem abortamento legal no Brasil.

2.3 Trajetória Metodológica

Para a análise sistemática sobre o tema de abortamento legal, foi realizada uma leitura analítica feita a partir dos textos selecionados, com a finalidade de ordenar temas mais recorrentes e sintetizar os artigos com a mesma ideia central. Essa análise possibilitou que categorias fossem criadas e somadas a partir do referencial teórico relativo à temática do estudo e da análise sistemática dos artigos. Para tanto, usei as seguintes expressões nos bancos de dados Scielo, BVS e PubMed: “abortamento legal”, “serviços de abortamento legal”, “aborto legal” e “interrupção legal da gravidez/gestação”. Em seguida, tabelas foram criadas com dados dos artigos selecionados com ano, título, revista em que foi publicado o artigo para refinar a seleção de cada artigo. Para tanto, consideramos os últimos 10 anos (2003-2013), com critério de inclusão o lugar, somente no Brasil e artigos na língua brasileira.

Verificou-se na base de dados SciELO, com o método de pesquisa de seleção “todos os índices”, publicações e somente artigos publicados no Brasil, 8 artigos com a expressão “abortamento legal”, 48 artigos “aborto legal” e nenhum artigo encontrado com a expressão “interrupção da gravidez/gestação”. Desses 48 artigos, 12, relacionando com a atuação nos serviços de saúde; 1 artigo versava “objeção de consciência”; 6 artigos sobre leis e portarias e normativas sobre a “Atenção Humanizada ao abortamento”.

Na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), as buscas foram feitas com a mesma filtragem “todos os índices” e artigos publicados no Brasil, sendo 4 artigos encontrados com as palavras “abortamento legal”, 42 artigos com a expressão “aborto legal” e nenhum artigo encontrado com a expressão “interrupção legal da gravidez/gestação”. Desses 42 artigos, 11; 1 artigo sobre objeção de consciência; 10 artigos sobre leis, ética e casos de aborto legal previstos em lei; 8 artigos sobre aborto legal abordando aspectos gerais como aborto na adolescência.

Para a base de dados PubMed, a filtragem ocorreu de maneira diferenciada, onde a busca pelos artigos foi feita em inglês, pois o site oferece os seus artigos nessa modalidade. Para as palavras “abortamento legal” inseriu-se “legal abortion” onde encontrou-se 72 artigos somente pesquisados no Brasil. Em relação à segunda expressão “aborto legal”, usou-se a mesma “legal abortion” que identificou os mesmos artigos em sua totalidade 72 artigos. Com a expressão “interrupção legal da gravidez/gestação” buscou-se como “legal interruption of pregnancy”, e encontrou-se somente 3 artigos. No total, foram filtrados 177 artigos, desses artigos foram lidos 30, pois muitos deles eram repetidos nas bases de dados, tendo sido selecionados por categorias: 3 artigos; 6 artigos relatavam sobre “leis, portarias, normativas” e 21 artigos sobre “aborto legal e aspectos gerais”. No total, foram lidos 25 artigos com o foco sobre as perspectivas e opiniões de profissionais de saúde.

Optamos por trabalhar somente com artigos sobre a opinião dos profissionais de saúde e suas percepções sobre o abortamento legal no Brasil. A pesquisa selecionou 25 artigos em seu total nas bases de dados Scielo, BVS e PubMed desses, 11 artigos se repetiam na base de dados BVS e Scielo.

2.4 Resolução 466/12 – CEP/CONEP e Aspectos Éticos.

De acordo com a Resolução 466/12 da CONEP do Ministério da Saúde, pesquisas que envolvem seres humanos, devem atender aos aspectos éticos e científicos pertinentes, por

isso, devem ser aprovadas pelo CEP/CONEP que deverá ser comunicado de todos os fatos relevantes sobre a pesquisa. Toda a documentação a ser solicitada pelo sistema CEP/CONEP deverão ser enviada pela “Plataforma Brasil”, que é o sistema de lançamento de pesquisas para a sua análise e aperfeiçoamento.

Os CEP são colegiados interdisciplinares e independentes, de caráter consultivo e deliberativo que foram criados para pesquisas com seres humanos e para defender a integridade e os interesses dos participantes, para a contribuição no desenvolvimento da pesquisa, envolvendo padrões éticos a serem seguidos. A CONEP é uma instância colegiada também de natureza consultiva, deliberativa e educativa independente vinculada ao Conselho Nacional de Saúde/MS.

“Pesquisa envolvendo seres humanos, individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos”. (RESOLUÇÃO 466/12, p. 02). Partindo da premissa de que as revisões sistemáticas não utilizam seres humanos como fontes de pesquisa, caracterizando uma metodologia baseada evidências já escritas em outras literaturas e autores. Com isso, este trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP.

Para Sampaio e Mancini (2007), as “buscas de textos de literatura são importantes para indicar decisões do estudo, investigar dúvidas, analisar a posição de outros autores sobre a temática, atualizar conhecimentos sobre aquele tema e encontrar novas metodologias que enriqueçam o projeto de pesquisa. As revisões sistemáticas são escritas para serem metódicas objetivas e reproduzíveis”. (p. 86).

O aumento de pesquisas científicas na área da saúde indica a necessidade de sínteses que possibilitam o acesso e fácil interpretação, relatando conclusões baseadas em evidências já existentes em várias fontes. Todas as áreas de pesquisa necessitam de uma pesquisa bibliográfica anterior que indica o levantamento de dados realizados e pré-existentes sobre o mesmo tema estudado e pesquisado, explicando assim os objetivos da pesquisa de revisão.

2.5 A formação de Sanitaristas e a importância do tema do aborto legal e as perspectivas de profissionais de saúde.

A formação na área da saúde deve ter como objetivo, o desenvolvimento de profissionais de saúde que desenvolvam habilidades intelectuais, e permanentes. Para, que essas habilidades possam ajudar na atuação em saúde, esse profissionais devem atuar nas condições de ser e estar em equipe de maneira interdisciplinar e intersetorial.

Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo. (FERLA & ROCHA, 2013, p. 15).

O aborto legal configura-se ainda uma área pouco explorada, pela dificuldade do acesso em serviços de saúde que oferecem aborto legal. Mapear os serviços existentes de aborto legal no Brasil caracteriza-se, portanto ainda como uma pesquisa difícil, no que se trata de bibliografias, quase inexistentes sobre os serviços de saúde e identificar como são esses serviços na questão do acolhimento, tratamento, profissionais de saúde envolvidos e a busca por mulheres que necessitam desses serviços, é quase impossível, pois são poucos os estudos na Saúde Coletiva, sobre a percepção dos profissionais de saúde quanto ao serviço de abortamento legal no Brasil.

O profissional de Saúde Coletiva, o Sanitarista, deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões, com o uso apropriado da eficácia e custo-efetividade da força de trabalho para que assim possam ter competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas adequadas baseadas em evidências. A formação do Sanitarista deve estar em concordância integrada e continua com as instancias do Sistema Único de Saúde, capacitado a fazer processos de planejamento, gestão e avaliação em saúde.

O reconhecimento da saúde como direito às condições dignas de vida, atuando de forma a garantir o acesso às ações de saúde a integralidade da atenção e resolutividade das práticas da saúde, sendo capaz de analisar situações de saúde, organização e implementação de atividades relacionadas à formulação e execução de políticas públicas para o planejamento e conduzir uma gestão e avaliação em saúde, são competências de profissionais Sanitaristas.

A formação do Sanitarista, em todos os aspectos das competências e habilidades específicas, deverá contemplar a forte apropriação do Sistema Único de Saúde, sua história, diretrizes e princípios; a integralidade da atenção na luta pelo acolhimento, responsabilidade

com a resolutividade das instâncias de atendimento e desenvolvimento da autonomia dos usuários; e o trabalho em equipe de saúde. (FERLA & ROCHA, 2013, p. 25).

Para o profissional Sanitarista é importante investigar a temática do aborto legal no Brasil, pois de acordo com as políticas e leis existentes, a avaliação e monitoramento de ações em saúde, para que se possa implementar serviços de saúde em concordância com o Sistema Único de Saúde (SUS), caracteriza-se em identificar as necessidades em saúde de acordo com seus determinantes, seguindo padrões epidemiológicos, demográficos, culturais e socioeconômicos. Seguindo a temática do aborto legal, o papel do Sanitarista no mapeamento desses serviços de saúde, e assim a sua avaliação possibilitará a formulação de políticas públicas direcionadas ao abortamento legal, implementando atividades de divulgação desses serviços de saúde.

CAPÍTULO 3 - Perspectivas de profissionais de saúde sobre o abortamento legal no Brasil

3.1 Percepções Gerais da Revisão Sistemática

Encontramos, no total, 26 artigos sobre o assunto deste Trabalho de Conclusão de Curso. Sendo: 12 na base Scielo,⁶ 3 na base PubMed⁷ e 11 na base BVS⁸. Esses artigos virão organizados na seguinte tabela:

Há que se ressaltar que alguns dos artigos se repetem em duas bases de dados, por isso, aqui não serão considerados em duplicidade.

Tabela de artigos

⁶ Para mais, ver <http://www.scielo.org>

⁷ Para mais, ver <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

⁸ Para mais, ver <http://www.bireme.br>

ANO	TÍTULO	REVISTA	Base de dados
2009	Ainda sobre o abortamento legal e o conhecimento dos profissionais de saúde.	Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia.	SciELO e BVS
2012	Liberação do aborto: opinião de estudantes de medicina e de direito, São Paulo, Brasil.	Rev. Saúde Pública.	SciELO e BVS
2003	Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados.	Cad. Saúde Pública.	SciELO e BVS
2014	Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto.	Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia.	SciELO e BVS
2007	O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento.	Rev. Latino Americana de Enfermagem.	SciELO e BVS
2012	Aborto legal: o conhecimento dos profissionais e as implicações das políticas públicas.	Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia.	SciELO e BVS
2011	Objecção de consciência e aborto: direito e deveres dos médicos na saúde pública.	Rev. Saúde Pública.	SciELO e BVS
2004	Aborto: conhecimento e	Cad. Saúde Pública.	SciELO e BVS

	opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais.		
2012	Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães.	Ciência Saúde Coletiva.	SciELO e BVS
2012	Representações e experiências sobre o aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia.	Ciência Saúde Coletiva.	SciELO e BVS
2007	Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal entre 2003 e 2005.	Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia.	SciELO e BVS
2004	Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras sobre o aborto induzido.	Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia.	SciELO e BVS

PUBMED

2011	Objecção de consciência e aborto: direito e deveres dos médicos na saúde pública.	Rev. Saúde Pública.
2014	Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto.	Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia.
2011	Opinião de estudantes dos cursos de Direito e Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – RN.	Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia.

Os artigos lidos sobre aborto legal, foram analisados por um recorte de 2003 a 2013, o que caracterizou, em sua maioria, quatro artigos publicados no ano de 2012. As revistas que publicaram esses artigos são: Rev. Saúde pública, Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia, Ciência & Saúde Coletiva e Cad. Saúde Pública.

Como foco desse trabalho são as perspectivas de profissionais de saúde sobre o abortamento legal no Brasil, buscou-se analisar artigos e revistar aqueles que relatassem sobre tal tema, não excluindo os artigos que abordavam aspectos gerais sobre o aborto legal no Brasil.

Dos artigos analisados para este trabalho, foram encontrados 19 artigos sobre o abortamento legal no Brasil. Sobre a percepção dos profissionais de saúde, foram encontrados e analisados 15 artigos; para a pesquisa foram utilizados os 34 artigos que englobam o abortamento legal no Brasil e a percepção dos profissionais de saúde que será o nosso foco. Dos artigos selecionados 7 (sete) encontram-se na Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia – RJ, nos anos de 2009, 2012, 2007, 2004, 2011 e dois em 2014; 3 (três) na Revista Saúde Pública – SP, nos anos de 2011 e dois em 2012; 2 (dois) na Revista Ciência e Saúde Coletiva – RJ, em 2012; 2 (dois) no Caderno de Saúde Pública – RJ, nos anos de 2003 e 2004 e 1 (um) na Revista Latino Americana de Enfermagem – SP em 2007.

Os assuntos mais tratados nesses artigos são as opiniões, representações e perspectivas de profissionais de saúde sobre o aborto legal e que, assim, retratavam como esses profissionais lidam com a temática do aborto legal, analisados em 9 (nove) artigos nas Revistas: Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia, Caderno de Saúde Pública, Ciência e Saúde Coletiva e Latino Americana de Enfermagem; objeção de consciência, como esses profissionais usam esse direito imposto por lei e como essa objeção interfere no processo de acolhimento e atenção à mulher, analisados em 2 (dois) artigos na Revista de Saúde Pública; opinião de estudantes das áreas de medicina e direito, como estudantes de medicina e direito de duas áreas distintas, mas relacionadas pela temática do aborto legal, analisados em 2 (dois) artigos na Revista de Saúde Pública e Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia e, por último, competências adquiridas durante a formação médica por meio de estudos realizados em hospitais escolas para a análise da formação médica nos procedimentos de aborto legal analisados em 2 (dois) artigos na Revista Bras. Ginecologia e Obstetrícia .

Os estudos analisados foram analisados nas seguintes regiões: na região sudeste (Minas Gerais e Rio de Janeiro), região nordeste (Paraíba, Bahia e Rio Grande do Norte) e região centro-oeste (Distrito Federal).

3.1.1 Escassez de Pesquisa

Dos artigos encontrados:

Encontramos somente 15 artigos sobre a temática da percepção dos profissionais de saúde em 10 anos de intervalo temporal (2003-2013) e, além disso, alguns dos trabalhos se repetem nas bases analisadas, a seguir na tabela:

TÍTULO	BASES DE DADOS QUE SE REPETEM
Ainda sobre o abortamento legal e o conhecimento dos profissionais de saúde.	SciELO e BVS
Liberação do aborto: opinião de estudantes de medicina e de direito, São Paulo, Brasil.	SciELO e BVS
Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados.	SciELO e BVS

Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto.	SciELO e BVS
O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento.	SciELO e BVS
Aborto legal: o conhecimento dos profissionais e as implicações das políticas públicas.	SciELO e BVS
Objecção de consciência e aborto: direito e deveres dos médicos na saúde pública.	SciELO e BVS
Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais.	SciELO e BVS
Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães.	SciELO e BVS
Representações e experiências sobre o aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia.	SciELO e BVS
Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal entre 2003 e 2005.	SciELO e BVS

Diante disso, ao que parece vigora um desconhecimento ou pouco por parte dos pesquisadores em Saúde Pública quando o assunto é abortamento legal e a leitura dos profissionais de saúde, sobretudo, quando consideramos que no Brasil o abortamento legal está previsto desde 1989 e que a implantação do primeiro serviço de saúde público para procedimentos de abortamento legal no Brasil, no Hospital do Jabaquara em São Paulo – SP se deu nessa mesma data.

1. Desinformação dos médicos e profissionais sobre o aborto

No que tange à falta de informação dos médicos e profissionais sobre o aborto no Brasil, possibilidades legais de aborto e procedimento do abortamento legal em nossa sociedade, encontramos 4 (quatro) artigos nas seguintes revistas:

TÍTULO	REVISTA
Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto - SP, sobre aspectos éticos e legais.	Caderno de Saúde Pública - 2004
Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde no Hospital Municipal Fernando Magalhães – RJ.	Ciência e Saúde Coletiva - 2012
Algumas características das internações por aborto no município de Ribeirão Preto.	Congresso Médico Acadêmico - 2001
Ainda sobre o abortamento legal no Brasil e o conhecimento dos profissionais de saúde.	Rev. Brasileira Ginecologia Obstetrícia - 2007

No artigo sobre conhecimentos gerais do aborto sobre o conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto – SP sobre aspectos éticos e legais concluiu-se que 21%, ou seja, um em cada cinco médicos estão desinformados sobre o fato de ser o aborto responsável por grande parte das mortes maternas; quase a mesma proporção (23%) respondeu incorretamente que as mulheres que mais recorrem ao aborto já excederam o número de filhos; 37% dos entrevistados responderam incorretamente que o aborto provocado não está entre as principais causas de mortalidade materna em Ribeirão Preto. (VIEIRA E LOUREIRO, 2004, p. 683).

No mesmo estudo citado acima, em relação aos conhecimentos sobre a lei do aborto e suspeita de aborto clandestino, 51% dos médicos erraram ao dizer que o médico deve (“sempre”) denunciar à polícia, 81% acertaram em marcar falso o item “não deve denunciar de modo algum” e 51% erraram ao apontar como falso o item “não pode denunciar salvo em justa causa”, o qual está correto. Apenas 30% acertaram os três itens. Sobre a anotação ou não da suspeita de aborto clandestino no prontuário médico, a maioria acredita que não deve ser

anotada: 62,5% acertaram ao marcar falso na justificativa “ser necessário à denúncia” e 55% acertaram ao marcar falso o item “não, porque é informação sigilosa”. Apenas 37% acertaram ao responder que deve ser anotada em prontuário, pois é necessário à correta condução do caso, apenas nove entrevistados (16%) acertaram toda a questão, uma pessoa deixou de responder dois itens desta questão. (VIEIRA E LOUREIRO, 2004, p. 685).

Nesse estudo pode-se observar que a maioria dos médicos tem um nível médio de conhecimento geral sobre o aborto, tratando-se de médicos ginecologistas e obstetras, seria importante a melhora desses níveis de conhecimento sobre o assunto. No caso da legislação sobre o aborto, observou-se que grande porcentagem de profissionais com baixo conhecimento, (31%) identificando pouco domínio sobre a temática e uma falha nos itens relacionados com a aplicação da prática da lei do aborto.

Diante disso, Farias e Cavalcanti (2012) expressam que a “fragilidade na formação profissional para atuar junto às mulheres em situação de aborto legal, decorrente da limitada abordagem sobre esse tema durante a graduação das profissões de saúde, agravada pela dificuldade na participação em cursos e capacitações e pela falta de treinamento do contexto dos serviços, contribui para a invisibilidade da demanda e para a assistência nem sempre adequada. A relativa qualificação dos profissionais de saúde, associada à experiência profissional, não se mostrou suficiente para ampliar a compreensão sobre o aborto legal”. (p. 1762).

Chama-nos atenção o fato dos (as) médicos (as) obstetras informarem a ausência da abordagem da temática nos cursos de pós-graduação (stricto ou lato sensu). Isso demonstra que o foco da formação dos profissionais de saúde, em especial os médicos, ainda está muito centrado na visão técnico-curativa e biológica do processo saúde doença, resultando no despreparo dos profissionais para lidar com dimensões sociais, culturais e subjetivas presentes no cuidado à saúde.

O currículo médico tem discutido o abortamento exclusivamente sobre seu aspecto clínico, identificando apenas competências técnicas. O tema deve ser abordado desde o início da formação profissional no que tange aos direitos reprodutivos, aos agravos da violência sexual, seus aspectos subjetivos e sua implicação na mortalidade materna.

Motivado pela importância da visão médica no debate político e da opinião pública, principalmente pela escassez desse tipo de investigação, na cidade de Ribeirão Preto - SP, houve um estudo com o objetivo de investigar o conhecimento e as opiniões dos médicos sobre aspectos legais e éticos do aborto, tendo a característica que o quadro de procedimentos

de aborto é considerado comum no município. Em 1997 e 1998 houve, nos hospitais de Ribeirão Preto, respectivamente 1.326 e 1.443 casos de internação com esse diagnóstico, dos quais apenas 1,5% e 1,9% foram classificados como abortos espontâneos. (NORA, VIEIRA, MONTEIRO, 2001).

Nesse estudo foram entrevistados 57 médicos e residentes em Hospitais Universitários e foi aplicado um questionário que continha 38 perguntas divididas em quatro seções como dados pessoais, conhecimentos gerais sobre aborto, conhecimentos gerais sobre a legislação do aborto e opiniões sobre o aborto. A maioria (96,5%) afirmou ter tido aula sobre aborto na graduação; 52%, nas disciplinas de Ginecologia/Obstetrícia (GO) e de Medicina Legal; 34%, apenas na disciplina de GO; 9%, em GO, Medicina Legal e Medicina Social; e 4%, em GO e Medicina Social, uma pessoa respondeu que não teve esta aula e outra não respondeu. (VIEIRA E LOUREIRO, 2004, p. 682).

Segundo Vieira e Loureiro (2004), o aborto provocado consiste em uma das causas de morbi-mortalidade materna em países onde existem restrições legais ao aborto, principalmente quando são realizados por profissionais não qualificados. Todos os países do mundo desenvolveram regulamentações legais próprias para a prática do aborto, mas cerca de 25% da população mundial vive em países onde o aborto é ilegal. Na América Latina, com exceção de Cuba e Guiana, aborto enfrenta sérias restrições legais. (p. 680).

Em relação aos profissionais de saúde estão isentos a realizar procedimentos que irão aos conflitos de valores são fundamentais, pois não existe um critério comum à sociedade, de acordo com Dallari (2004), “a deontologia médica nacional recusou-se a discutir o assunto e optou apenas por vedar a prática de atos proibidos pela legislação do País, exigindo dos médicos que cumpram legislação específica nos casos de abortamento, de acordo com os artigos 42 e 43 do Código de Ética Médica. (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 2001).

Em um estudo de Colas e Aquino (2007), conclui-se que foi interessante a evolução dos profissionais de saúde sobre os direitos das mulheres, mas verificou-se um conflito a respeito de quais documentos deverão ser apresentados em caso de menores de idade e a quem deve estar envolvido na solicitação de interrupção da gravidez, o que reforça a necessidade do ensino e participação de profissionais que trabalhem com os aspectos legais e que entendam as leis vigentes acerca do abortamento legal.

Esse estudo indica uma posição de que o ensino de leis e normas técnicas que estejam em vigência no Brasil, a possibilidade de interrupção da gravidez com a abertura de fóruns para a discussão desse assunto na formação médica desses profissionais de saúde, além da garantia da sensibilização e humanização dos profissionais para esses casos.

2. Profissionais de saúde que concordam com o abortamento legal

Sobre a impressão dos profissionais a respeito do aborto legal no Brasil encontramos 5 (cinco) artigos nas seguintes revistas:

TÍTULO	REVISTA
Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto - SP, sobre aspectos éticos e legais.	Caderno de Saúde Pública - 2004
Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões sobre o aborto.	Rev. Brasileira Ginecologia e Obstetrícia - 2014
Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados.	Caderno Saúde Pública - 2003
Aborto induzido na interface da saúde e do direito.	Saúde Sociedade - 2014
O drama do aborto em busca de um consenso.	Komedi - 2004

A maior parte dos médicos entrevistados é favorável ao aborto legal, a maioria dos entrevistados ampliaria o acesso ao aborto legal em uma circunstância: no caso de malformação incompatível com a vida. 84% concordam com o aborto em situação de estupro; 86%, em caso de risco de vida; e 82%, em casos de malformação incompatível com a vida. Uma porcentagem menor de entrevistados (66%) concorda com mudanças na lei, ampliando os tipos de casos nela previstos (66%). Embora a maioria (47,4%) aceite o aborto legal nos casos de risco de saúde, 35% não aceitariam. Mais da metade dos entrevistados (55%) discorda do aborto para casos de malformação compatível com a vida. (VIEIRA E LOUREIRO, 2004, p. 688).

O hospital em questão na cidade de Ribeirão Preto – SP, foi considerado pelo Ministério da Saúde como referência para o aborto legal no Brasil, no estudo sobre o

conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência sobre aspectos éticos e legais, observou-se não existirem condições que possibilitem o aprendizado do atendimento ao aborto legal. Ou seja, ou o hospital não realiza o procedimento (aborto legal) ou, se realiza, não tem o envolvimento de médicos residentes em sua prática. Por ser um direito previsto em lei, a aplicação prática do aborto legal deveria ser mais bem conhecida dos médicos especialistas da área. Por ser um problema de saúde pública, o atendimento ao aborto deveria ser enfatizado nas escolas médicas. Faz-se necessária uma melhora no ensino médico na área de direitos reprodutivos como direitos humanos e de acesso à saúde.

Da amostra desta pesquisa em especial, 10,9% informou já ter vivenciado uma situação de abortamento ilegal. A ampliação do permissivo legal para o abortamento foi concordado por 86,2% da amostra, e 54,6% se mostrou desconfortável em realizar o procedimento, mesmo de forma legal. Dentre as situações citadas como justificativas ao abortamento legal, a constatação de malformações fetais incompatíveis com a vida foi referida por 79,9% da amostra, a presença de feto com qualquer malformação, por 27%, as gestações em mulheres com transtornos mentais, por 21,8% e a interrupção voluntária obedecendo a determinados parâmetros, como idade gestacional, por 29,9% da amostra. (AZEVEDO E DARZÉ, 2012, p. 08).

Uma pesquisa de Wiese e Saldanha (2014) sobre uma investigação feita com juízes e promotores no que diz respeito à legislação do aborto, identificou que a maioria respondeu favoravelmente em relação ao aborto isento de punição como nos casos de malformação congênita grave, sem chances de vida extrauterina. Essa relação de concepções religiosas também foi verificada no estudo de Faúndes e colaboradores (2007), que objetivou investigar a opinião e conduta de 2.614 promotores de justiça acerca da legislação brasileira sobre aborto provocado.

Verificou-se que as variáveis referentes à religião estiveram positivamente associadas à opinião contrária à possibilidade de realização do aborto nas diversas circunstâncias apresentadas. Apenas 12,5% dos participantes responderam que o aborto deveria ser permitido em toda e qualquer circunstância (FAÚNDES, A. et al. 2007, p 89 a 96).

No presente estudo, os profissionais entrevistados que se posicionaram favoráveis fizeram referência à necessidade de reduzir os riscos e danos advindos de um aborto inseguro, aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e, por fim, à autonomia destas sobre seu próprio corpo. (WIESE, I. R. B. SALDANHA A. W. 2014, p. 542).

De acordo com o Ministério da Saúde, alguns profissionais desse estudo alegaram em seus questionários, que um dos fatores para a não descriminalização do aborto seria a prática sexual irresponsável, sem métodos contraceptivos, ou seja, como consequência os

índices de tal prática aumentariam drasticamente. Comparando com um outro país, na Europa onde o aborto é legalizado e as suas leis são mais flexíveis não tem se observado um aumento nos índices de abortamento.

Em um outro estudo analisado na compreensão dos profissionais de saúde sobre o aborto legal, Soares (2003) conclui-se que em relação aos profissionais de saúde e os direitos da mulher nos procedimentos de abortamento legal, se sentiriam sensibilizados com as causas feministas e com a solidariedade e garantia dos direitos das mulheres. Esse reconhecimento garantiu o comprometimento pessoal e profissional, identificado como um requisito importante para um atendimento humanizado.

Relato de uma assistente social:

“Mudou, mudou, porque hoje eu já não sou contra, encaro numa boa a questão do aborto, fico lá, acompanho a paciente se eu estiver por perto, sem nenhum constrangimento”. (SOARES, 2003, p. 405).

É importante identificar que as experiências de atendimento às mulheres em situação de violência sexual provocaram possibilidades de mudança dos valores e a reestruturação da prática dos profissionais de saúde. A experiência pessoal e o convívio com as mulheres e seus relatos transformaram resistência, falta de interesse, medo e distância em solidariedade, compromisso e o mais importante humanização.

3. Processo de qualificação para o atendimento

Sobre o processo de qualificação dos profissionais para o atendimento ao abortamento legal encontramos 1 artigo na seguinte revista:

TÍTULO	REVISTA
Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde no Hospital Municipal Fernando Magalhães – RJ.	Ciência e Saúde Coletiva - 2012

O estudo de Farias e Cavalcanti (2012), sobre a atuação diante das situações de aborto legal no Hospital Municipal Fernando Magalhães-RJ, buscou compreender o processo

de qualificação para os atendimentos às mulheres em situação de aborto e identificar as percepções dos profissionais sobre a atuação diante do aborto legal, relacionada com a necessidade de promoção desse serviço de saúde, considerando que a falha ou a não qualificação, acarreta consequências ruins na vida da população feminina no Brasil. (FARIAS E CAVALCANTI, 2012).

A participação em cursos e capacitações foi observada na fala da maioria dos entrevistados associada à ideia de necessidade de qualificação para prestar a assistência adequada. No município do Rio de Janeiro essas atividades de capacitação são promovidas pelas seguintes instituições: SMSDC/RJ, Ministério da Saúde, organizações não governamentais e pelas unidades de saúde, com o intuito de qualificar a assistência prestada, contudo, essa iniciativa é incipiente e não contempla a gama de profissionais de saúde existente nos serviços.

Dentre os motivos alegados pelos profissionais para a não participação nessas capacitações destaca-se: terem como foco apenas os aspectos relacionados ao parto e não ao aborto; a incompatibilidade de horário, pois as atividades por vezes foram oferecidas nos dias e horários que estavam trabalhando em outra instituição; ausência de convocação, já que em alguns casos somente os gestores da unidade participaram; 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 não pensar de antemão em realizar o aborto legal. (FARIAS E CAVALCANTI, 2012, p.1759).

Esse estudo conclui que a participação em treinamentos relacionados à temática do aborto legal deve ser implementado em toda a carreira profissional, pois muitos profissionais por não se sentirem capacitados ou confortáveis em oferecer esse tipo de atendimento, acabam direcionando às mulheres para outras áreas ou para a direção da unidade.

Será necessário a partir de dados obtidos por esse estudo Ciência & Saúde Coletiva (2012), a inclusão do tema na formação de profissionais de saúde, a ampliação de cursos e capacitações que abordem a temática do acesso ao aborto legal junto à equipe de saúde, o estímulo e ênfase no desenvolvimento e monitoramento das ações de humanização nos serviços de saúde, que são ditadas pelas normas técnicas do abortamento legal.

As escolas médicas devem oferecer condições básicas para a formação profissional com conhecimentos, habilidades e atitudes capazes de suprir as necessidades e demandas da sociedade. Para tal, torna-se necessário aproximar a formação médica das reais necessidades do Sistema Único de Saúde.

4. A Implementação lenta e gradativa dos serviços

Sobre a implementação dos serviços encontramos 3 artigos nas seguintes revistas:

TÍTULO	REVISTA
Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde no Hospital Municipal Fernando Magalhães – RJ.	Ciência e Saúde Coletiva - 2012
Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados.	Caderno Saúde Pública - 2003
Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros, dossiê.	Católicas pelo direito de decidir - 2005

Somente em 1996, seguindo a recomendação da III Conferência Municipal de Saúde de programar o funcionamento dos serviços de aborto legal, iniciou-se a elaboração de projetos de atendimento às mulheres que necessitam realizar a interrupção da gestação. Em 1999, o HMFm ampliou sua proposta de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, tornando-se referência e envolvendo diferentes serviços da unidade. Essa demora entre a aprovação do projeto de lei e a efetivação do atendimento às mulheres com demanda por aborto legal demonstra o quanto a implantação dos serviços de acesso ao aborto legal vem ocorrendo de forma lenta e gradativa no município. (FARIAS E CAVALCANTI, 2012, p. 1758).

Essa unidade foi considerada legalmente, em 1988, como o primeiro hospital do município do Rio de Janeiro referência no atendimento aos casos de aborto previsto em lei. (FARIAS E CAVALCANTI, 2012, p.1757). Foram entrevistados 24 profissionais de saúde que incorporam em seus procedimentos de rotina o atendimento às mulheres com demanda por aborto legal assistentes sociais, 2 psicólogas, 3 médicos anestesistas, 6 enfermeiros e 11 médicos obstetras.

Durante a análise, foi possível observar que alguns profissionais só tiveram acesso ao tema do aborto legal após sua inserção profissional. Tal fato pode contribuir para o aumento das dificuldades dos profissionais de saúde em lidar com esse tema em seu exercício profissional, e, deste modo, dificultar a promoção de uma assistência adequada às mulheres com demanda por este tipo de serviço. (FARIAS E CAVALCANTI, 2012, p. 1759).

Para Soares (2003), em seu artigo publicado nos Cadernos de Saúde Pública, uma das principais dificuldades encontradas para a implantação dos serviços de atendimento ao aborto legal tem sido a de identificar profissionais de saúde disponíveis para atuar. Isto se dá devido aos seguintes fatores:

Desconhecimento dos profissionais de saúde inseridos nos serviços de referência, em relação à legislação vigente sobre o aborto legal; 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; 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 repúdio ao estigma de aborteiros. (SOARES G. 2003, p. 402).

No estudo de Talib e Citeli (2005) sobre os serviços de saúde implementados no Brasil, o pioneirismo foi no Hospital Arthur Ribeiro de Saboya em São Paulo no ano de 1989, que com muitos conflitos políticos em torno da questão do abortamento legal foi finalmente inaugurado. De acordo com a portaria de número 692 baixada em 26/04/1989 que dispõe sobre a obrigatoriedade da rede hospitalar a prestar atendimento médico para o procedimento de abortamento, toda mulher que necessitar de atendimento previsto em lei nesses serviços de saúde, deverá contar com uma comissão multiprofissional do hospital, incluindo médico/a, enfermeiro/a, psicólogo/a, advogado/a e assistente social, que teria a decisão final sobre a realização do procedimento.

Este serviço de saúde, o Hospital de Jabaquara –SP, enfrentando resistência políticas internas foi finalmente inaugurado em 12 de agosto de 1989, identificado pelas sondagens anteriores como aquele que apresentava as melhores condições, sobretudo, por contar com profissionais sensibilizados e dispostos a fazer cumprir a lei.

Em seguida, a comissão responsável pela implantação dos novos serviços passou a consultar outros hospitais municipais, enfrentando, entretanto, resistências de toda ordem; somente onze anos depois, em 2000, o segundo serviço municipal foi implantado, no Hospital Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva, conhecido como Hospital da Vila Nova Cachoeirinha. Bem antes, porém, o segundo serviço na cidade de São Paulo fora implantado no Hospital Pérola Byington, da rede 15 estadual de saúde, em 1994; a propósito, segundo os dados coletados pela presente pesquisa, este foi não só o hospital que mais atendimentos prestou como, também, um dos que revelou dispor de dados sistematizados sobre os atendimentos que presta. (TALIB E CITELI, 2005, p. 14-15).

Esses serviços de saúde oferecidos pelo SUS e de caráter público, nos remete a pensar nas resistências políticas, sociais e médicas (profissionais de saúde) em que foram acometidos até a sua implementação.

5. Ensinaamentos sobre como lidar com a violência de gênero e contra a mulher

Sobre os ensinamentos de como lidar com a violência de gênero e contra a mulher nas faculdade de saúde encontramos 4 (quatro) artigos nas seguintes revistas:

TÍTULO	REVISTA
Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde no Hospital Municipal Fernando Magalhães – RJ.	Ciência e Saúde Coletiva - 2012
Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços.	Questões de saúde reprodutiva
Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos da violência sexual contra mulheres e adolescentes.	Ministério da Saúde - 2012
Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto	Rev. Brasileira Ginecologia e Obstetrícia - 2014
Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados.	Caderno Saúde Pública - 2003

A violência sexual, cuja compreensão remonta a uma trama de raízes profundas, produz consequências traumáticas e indelévels para quem a sofre. Contudo, para enfrentar a violência sexual, e de gênero como um todo, não basta normatizar procedimentos.

De acordo com a OMS na norma técnica dos agravos resultantes da violência sexual (2013) é imprescindível é 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. Em outras palavras, 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. (p.9).

A intervenção dos serviços de saúde tem papel de destaque na vida das pessoas, principalmente mulheres em situação de violência e na garantia de seus direitos humanos, haja vista que a maioria tem contato com o sistema de saúde, em algum momento, mesmo que por razão distinta da agressão. Esta ocasião é fundamental para a identificação da violência sexual e exige atenção máxima por parte dos profissionais de saúde.

O atendimento aos casos de violência sexual requer a sensibilização de todos os colaboradores do serviço de saúde. Propõe-se a realização de atividades que favoreçam a reflexão coletiva sobre a questão da violência de gênero, particularmente a sexual, sobre as dificuldades que as crianças, os adolescentes e as mulheres enfrentam para denunciar esse tipo de crime, os direitos assegurados pelas leis brasileiras e o papel do setor saúde, em sua condição de corresponsável na garantia desses direitos. (OMS, 2013, p. 20).

As equipes envolvidas diretamente na assistência devem receber capacitação para o atendimento de emergência e estabelecimento de medidas protetoras (anticoncepção de emergência e profilaxias das DST/HIV e hepatites) e outros aspectos essenciais para o atendimento humanizado, respeitando-se seus direitos e atendendo suas necessidades, incluindo-se a decisão de interrupção da gravidez. Os médicos devem ser capacitados para utilizar as diferentes técnicas recomendadas para a interrupção da gestação. (OMS, 2013, p.18).

Em grande parte 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, uma vez que os mesmos não recebem em sua formação profissional nenhum preparo e nem abordagem para lidar com esses temas que atualmente ganharam relevância no campo da saúde pública. (FARIAS E CAVALCANTI, 2012).

Tal visão é reiterada por D'Oliveira e Schraiber, (2000) em “Questões de Saúde Reprodutiva”, quando afirmam que o “despreparo dos profissionais para lidar com estas questões está relacionado com a falta de domínio do instrumental teórico e prático para tratar dos agravos resultantes da violência sexual, uma vez que este tema não faz parte da formação dos profissionais de saúde”. (p. 341).

Cabe a todos os médicos orientar as mulheres com relação aos seus direitos reprodutivos e sexuais como parte dos direitos humanos, contemplando não só as que desejem ter filhos mas também as que não desejam tê-los. O conhecimento dos direitos da mulher e, no caso, as orientações pertinentes ao abortamento legal devem fazer parte da formação do médico generalista, constando obrigatoriamente nas grades curriculares. (AZEVEDO E DARZÉ, 2012, p. 12).

“Houve uma identificação com a causa feminina, com a solidariedade e garantia dos direitos das mulheres. Esta identificação garantiu o comprometimento pessoal e profissional e foi um requisito importante para o atendimento humanizado. Alguns

profissionais tiveram contato com grupos feministas e participaram de processos formativos como pensar no lado da mulher quanto ao procedimento em si”. (SOARES, 2003, p. 405).

Apareceram motivações relacionadas à própria vivência diante da violência sexual, ou a de alguém próximo, e outras relacionadas ao cotidiano profissional em que as sequelas da violência sexual apareceram nos ambulatórios salas de parto ou consultórios particulares.

O relato da vivência dos profissionais mostrou como o envolvimento dos mesmos com a assistência provocou enfrentamentos e repercussões nos seus valores e comportamento. Consideraram-se mais abertos, revendo concepções a respeito do abortamento e da violência sexual. (SOARES, 2003, p. 409).

As mulheres em processo de violência sexual que chegam aos atendimentos e serviços de saúde devem ser informadas sobre todos os procedimentos que serão feitos pelos profissionais de saúde, a sua autonomia deverá ser respeitada para eventual desistência de algum procedimento específico com respeito, sensibilização buscando sempre formas de compreender as demandas, ajudando-as a enfrentar os conflitos e problemas. “Contribuir para a reestruturação emocional e social da mulher é um componente importante que deve ser observado por todos os membros da equipe de saúde, em todas as fases do atendimento”. (AZEVEDO E DARZÉ, 2012, p. 21).

6. Desconforto pessoal ao realizar o procedimento

Sobre o desconforto pessoal ao realizar o procedimento de abortamento legal encontramos 2 (dois) artigos nas seguintes revistas:

TÍTULO	REVISTA
Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto	Rev. Brasileira Ginecologia e Obstetrícia - 2014
Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública	Saúde Pública - 2011

A avaliação das competências adquiridas durante a formação médica de estudantes de medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) em 2012 quanto a aborto legal no Brasil. Para o estudo analisado acima, as seguintes variáveis

independentes foram consideradas: situação acadêmica (primeiro ou segunda metade do curso), sexo, idade, estado civil e religião.

As variáveis dependentes estudadas foram: o grau de informação sobre o aborto no Brasil, o conhecimento das situações nas quais o aborto é permitido por lei e das complicações do abortamento, as situações em que concordaria com a ampliação da legalização do abortamento no Brasil, incluindo sua descriminalização, o conhecimento prévio de alguém que tenha sido submetida ao abortamento (legal ou não) e o desconforto ou não quanto a realizar procedimento de forma segura. (AZEVEDO E DARZÉ, 2012, p. 06)

Participaram do projeto 174 estudantes, e destes, 57,4% estavam cursando a primeira metade do curso. Os de sexo feminino (63,2%), os de idade maior e igual a 18 anos (96,6%) e os solteiros (93,7%) compuseram a maior parte da amostra. Dos entrevistados, 73,6% segue alguma religião. Do total dos estudantes, 59,8% se considerou bem informado sobre o tema, 2,9% conheceu alguém submetido ao procedimento de forma legal enquanto que 45,4% conheceu alguém que se submeteu ao abortamento de forma clandestina. (AZEVEDO E DARZÉ, 2012, p. 07).

Da amostra, 10,9% informou já ter vivenciado uma situação de abortamento ilegal. A ampliação do permissivo legal para o abortamento foi concordado por 86,2% da amostra, e 54,6% se mostrou desconfortável em realizar o procedimento, mesmo de forma legal. Dentre as situações citadas como justificativas ao abortamento legal, a constatação de malformações fetais incompatíveis com a vida foi referida por 79,9% da amostra, a presença de feto com qualquer malformação, por 27%, as gestações em mulheres com transtornos mentais, por 21,8% e a interrupção voluntária obedecendo a determinados parâmetros, como idade gestacional, por 29,9% da amostra. (AZEVEDO E DARZÉ, 2012, p. 08).

Em uma das teses desse estudo, Diniz (2011) afirma que a tese da integridade possui gradações de interpretação. “De um lado estão os defensores da proteção da integridade moral como direito absoluto dos médicos, são ponto de sustentarem que mesmo procedimentos como informar uma mulher sobre seus direitos, sobre outro médico ou sobre outro serviço de saúde violariam as convicções individuais do profissional de saúde”. (p. 983).

Já a outra tese, a da incompatibilidade explicada por Diniz (2011) a recusa de um médico em assistir uma mulher em um serviço de referência para o aborto legal pode significar obstrução definitiva do direito da mulher à saúde, caso não haja como substituir imediatamente esse profissional de saúde. (p. 983).

A organização dos serviços de aborto legal no Brasil em unidades de referência faz com que o pedido de objeção de consciência do médico lotado nesses serviços seja sempre seletivo, uma vez que o atendimento à mulher para o aborto é sua rotina de trabalho. Se por um lado a tese da incompatibilidade subordina a liberdade de consciência do médico ao seu dever profissional de assistência, por outro, a tese da integridade não é suficiente para validar as razões pelas quais um médico se recusa a atender uma mulher específica em um serviço público de referência para aborto. (DINIZ, 2011, p. 985).

É nesse contexto que a tese da integridade seguida do compromisso moral com os médicos objetores é ainda frágil para acomodar o direito à integridade do médico e o direito à saúde da mulher, uma vez que não estabelece critérios de validação de relevância de uma crença. “A aposta na sinceridade moral do objetor não é suficiente para subsumir direitos fundamentais e absolutos das mulheres à integridade moral do médico”. (DINIZ, 2011, p. 987)

7. Objeção de consciência.

Sobre a temática de objeção de consciência encontramos 3 artigos nas revistas seguintes:

TÍTULO	REVISTA
Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública	Saúde Pública - 2011
Representações sobre o aborto em serviço de referência: entre direitos e deveres na atenção	IPAS Brasil - 2006
Norma Técnica de atenção humanizada ao abortamento.	Ministério da Saúde - 2005

Um estudo sobre a objeção de consciência realizado por DINIZ (2011) explica que para fins de simplificação argumentativa, é razoável assumir que um médico com objeção integral de consciência ao aborto não atue em serviço de referência para o aborto no SUS.

Assim, é o estatuto de validade das crenças motivadoras da objeção de consciência seletiva que deve ser discutido para o justo funcionamento desses serviços.

Nesse artigo observou-se uma mudança de valores às questões relacionadas com a objeção de consciência pelos profissionais de saúde, que passaram a ver a questão do abortamento legal como uma forma de humanização do atendimento com as mulheres. Todos os profissionais de saúde entrevistados mudaram de conceitos, a partir do momento que passaram a entender que a assistência a essas mulheres melhorou e teve repercussão nos valores e no comportamento desses profissionais de saúde.

A objeção de consciência é um tema polêmico no debate sobre atendimento aos casos de aborto previsto em lei e atenção pós-abortamento. Esse tema é crítico para o processo da efetiva implementação dos serviços de referência para atenção à violência sexual e garantia dos direitos humanos das mulheres, jovens e adolescentes, como preveem as Normas Técnicas do Ministério da Saúde. Estão em jogo questões que remetem a valores morais, religiosos e éticos heterogêneos e muitas vezes contrastantes. (ADESSE L. GOMES E. GALLI B. 2006, p. 08).

Mesmo em países em que o aborto é legalizado, pesquisas indicam que ainda existem barreiras para o acesso ao aborto seguro, devido a vários fatores, entre os quais, a recusa dos profissionais de prestar atendimento, alegando objeção de consciência.

No caso de objeção de consciência, um outro parâmetro que influencia os profissionais de saúde a tomar determinadas decisões a respeito do aborto, em um estudo “Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública”, Brasília – DF, Rev. Saúde Pública, Diniz (2011) discute a “objeção de consciência” a partir de duas teses: incompatibilidade e integridade como forma de regular o uso do dispositivo da objeção de consciência pelos médicos desses serviços. A discussão centra-se na figura do médico, uma vez que o aborto legal é considerado prática exclusiva da Medicina. “A objeção de consciência é um dispositivo normativo de códigos profissionais e de políticas públicas que visa proteger a integridade de pessoas envolvidas em uma situação de conflito moral”. (p. 982).

No caso do aborto em serviço público de saúde, o conflito não é apenas entre o médico e a mulher. A objeção de consciência pode ser analisada como conflito entre responsabilidades profissionais e direitos individuais; entre diferentes direitos individuais (direito à intimidade, liberdade de consciência, autonomia, saúde, entre outros); ou entre direitos individuais e deveres institucionais. (DINIZ, 2011, p. 982).

O médico pode alegar objeção de consciência diante de uma situação concreta de pedido de aborto por uma mulher, desde que não o faça por desconfiança quanto ao estupro,

por exemplo, mas estritamente por razões de sua moral privada, como é o caso das crenças religiosas. Não cabe ao médico ou à equipe de saúde o julgamento sobre a narrativa do estupro, e o boletim de ocorrência policial nem sequer é necessário, pois há “presunção de veracidade na palavra da mulher”.

Ao alegar a objeção de consciência, o médico solicita a recusa em cumprir com seu dever. A mulher é atendida por outro médico, encaminhada a outro serviço ou, em casos extremos, pode ficar sem assistência. As normas técnicas do Ministério da Saúde não reconhecem o direito à objeção de consciência se existir risco de morte, se não houver outro médico ou se a omissão médica causar danos à mulher, mas casos concretos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 68).

Vale ressaltar que a atenção ao abortamento deve ser uma atenção técnica, adequada, segura e humanizada. Isso inclui o dever dos profissionais de saúde de respeito a privacidade e a confidencialidade da clientela que recorre aos serviços nos casos de violência sexual ou em casos de complicações derivadas de aborto realizado em condições de risco. (ADESSE L. GOMES E. GALLI B. 2006, p. 02).

Neste sentido, o Ministério da Saúde determina que não cabe alegação de objeção de consciência nos seguintes casos: “a) em caso de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher; b) em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro (a) médico que o faça (a) e quando houver risco de a mulher sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do (a) médico (a); c) no atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 15).

8. Desafios e atividades enfrentadas no atendimento do abortamento legal

Sobre os desafios e atividade enfrentadas encontramos 3 artigos nas seguintes revistas:

TÍTULO	REVISTA
Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados.	Caderno Saúde Pública - 2003
Ainda sobre o abortamento legal no Brasil e o conhecimento dos profissionais de saúde.	Rev. Brasileira Ginecologia e Obstetrícia - 2007
O drama do aborto em busca de um consenso	Caderno Saúde Pública - 2004

O artigo de Soares, “Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados”, João Pessoa, PB (2003), compreende apresentar representações de assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e médicos sobre o aborto legal, com base na atuação desses profissionais de saúde na assistência ao abortamento previsto em lei. Foram entrevistados gestores de serviços de saúde e análise documental de relatórios portarias e normas técnicas, as entrevistas buscaram informações a respeito da atuação e formação profissional e sobre como se deu a inserção dos profissionais nos programas. Foram levantadas as representações dos mesmos por meio das opiniões sobre os casos atendidos, sobre a violência sexual e suas nuances, o abortamento, os desafios e as dificuldades enfrentadas. (p. 402).

As razões alegadas para a não realização da interrupção legal da gestação estão baseadas em uma diversidade de argumentos, tais como motivos de foro íntimo, religiosas, éticas e “de consciência”, o que leva a conclusão que existe uma prática institucionalizada da objeção de consciência pelos profissionais daquele serviço de referência.

Na Paraíba, as entrevistas aconteceram entre outubro e novembro de 2001, em locais variados. Foi contratada e treinada uma entrevistadora para realizá-las, uma vez que havia proximidade da pesquisadora com a equipe. No Distrito Federal, as entrevistas foram realizadas em janeiro de 2002, na própria maternidade, pela pesquisadora.

Os profissionais se referiram ao fato de estarem atendendo a uma determinação superior e se sentiram protegidos por estarem “amparados pela lei” (médica). Essa representação relacionou-se com a ilegalidade do abortamento, sendo importante o surgimento de mecanismos legais que protegessem a ação do profissional. (SOARES, 2003, p. 404).

A fala dos profissionais de saúde envolvidos na assistência ao abortamento previsto em lei sinalizou a complexa rede de desafios que se colocaram para eles. Devido ao reduzido número de artigos sobre este tema, este trabalho torna-se importante ao revelar as representações dos profissionais a respeito do abortamento. Os profissionais se depararam e interagiram com diversos elementos como a hierarquia do trabalho da equipe de saúde, a emergência de conflitos internos, a influência religiosa e determinação jurídica, o comprometimento com a assistência, a solidariedade e desejo de crescimento. (SOARES, 2003, p. 411).

Em 1996, diante das dificuldades enfrentadas por entidades públicas para a implementação de programas de assistência às vítimas de violência sexual, particularmente à interrupção legal da gestação, o Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas

(Cemicamp), juntamente com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e o Ministério da Saúde, passou a coordenar uma série de fóruns interprofissionais para discussão do tema sobre reprodução e gênero. O intuito era o de divulgar, sensibilizar, criar estratégias e colaborar na implementação destes programas em todo o país.

A partir desta época, praticamente todos os congressos, jornadas e atividades afins passaram a incluir o tema “aborto legal” em sua programação, ensinando a médicos e alunos de Medicina os aspectos clínicos, cirúrgicos e legais da assistência às vítimas de estupro bem como a abordagem à interrupção de gravidez prevista em lei. Para analisar o resultado deste esforço e garantir bom atendimento às vítimas de violência sexual, houve a proposição de avaliar não só os efeitos das atividades educativas e didáticas mencionadas acima, mas também os resultados de reflexões que os profissionais de saúde vêm elaborando sobre o tema nestes anos. (MATTAR R. AQUINO N. COLAS O. 2007, p. 185).

Estas premissas no estudo de Colas, Aquino e Mattar (2007) permitiram observar crenças não verdadeiras por parte dos profissionais da saúde, além de graus diversos de desconhecimento a respeito dos aspectos médicos e legais envolvidos na assistência que deve ser prestada à vítima de violência sexual. (MATTAR R. AQUINO N. COLAS O. 2007).

Segundo Faúndes *et al* (1994), “diversos segmentos da população de diferentes países têm participado de discussões a respeito do abortamento e da necessidade de mudanças nas leis que regem os procedimentos envolvidos em sua assistência, mas, ainda hoje, se observam restrições na abordagem deste assunto”. Os políticos preferem ignorá-lo por ter a convicção de que é polêmico e divide as opiniões dos eleitores. Este comportamento dos políticos foi verificado na Espanha, no período de 1979 a 2004, época em que o abortamento foi tema menos discutido pelos membros do parlamento quando comparado a outros assuntos de interesse das mulheres. (p. 59).

Dessa forma, a opinião dos médicos, de alguma maneira, se assemelha à referida pelos brasileiros em geral. Em inquérito realizado com mulheres não pertencentes a um grupo específico, foi observado que elas tendem a aceitar que os hospitais devem fazer os abortos que já estão previstos na lei e nas situações em que se colocam questões a respeito das condições físicas e mentais de vida da futura criança.

Menor porcentagem de concordância foi verificada, entretanto, quando se tratou de avaliar os casos em que a justificativa para a realização do abortamento seria de ordem mais subjetiva como, por exemplo, quando a mulher se declara sem condições psicológicas para ter e criar o filho, ou quando a gravidez pode ser interpretada como consequência de possível negligência da própria mulher, como no caso da falha de método contraceptivo. (MATTAR R. AQUINO N. COLAS O. 2007, p. 191).

Segundo o Código de Ética Médica, é direito do médico “recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua

consciência”. Em vários sistemas jurídicos há disposições legais que protegem o direito dos profissionais de saúde de não procederem a práticas de saúde contra as quais eles alegam ter objeção de consciência.

O Código de Ética Médica prevê no Artigo 7º, que o médico deve exercer a profissão com autonomia, não devendo ser obrigado a prestar serviços a quem não deseje, salvo em certas circunstâncias: em casos ausência de outro profissional, em casos de urgência, ou quando a sua negativa possa trazer danos para a paciente. (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 2000).

Os profissionais de saúde, em geral, 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 indicando questões éticas, morais e religiosas. 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.” (IPAS BRASIL, 2006)

Em estudo sobre “Representações sobre o aborto em serviço de referência: entre direitos e deveres na atenção” São Paulo - SP, Adesse *et al* (2006) realizou onze entrevistas semi-estruturadas com médicos atuantes em serviço de referência em violência sexual, na região Sudeste no ano de 2006. “A opção por essa técnica teve por base sua adequação aos objetivos propostos e à dificuldade em se abordar o tema tratado em serviços que, a princípio, são destinados a prestar assistência aos casos de violência sexual, incluindo a realização da interrupção legal da gravidez decorrente de estupro. A entrevista semi-estruturada – com perguntas abertas e fechadas - permitiu que os entrevistados abordassem os temas sem que estivessem atrelados, necessariamente, às questões formuladas”. (p.11).

Com as entrevistas semiestruturadas buscou-se: levantar o perfil do entrevistado (profissional, religioso e social); identificar representações sobre a prática do aborto; mapear argumentos que sustentam a recusa em realizar o aborto legal; e, resgatar possíveis eventos e situações em que houve recusa à realização do aborto legal verificando em que medida os direitos humanos das mulheres que recorreram aos serviços de referência foram respeitados. (ADESSE L. GOMES E. GALLI B. 2006, p. 11).

“A desconfiança em relação à veracidade da declaração da mulher que busca o abortamento é apenas uma das barreiras à atenção e proteção dos direitos previstos em lei. A

Norma Técnica afirma que “o objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à polícia ou à Justiça”. 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.” (ADESSE L. GOMES E. GALLI B. 2006, p. 12).

A tolerância à recusa de prestar assistência, na maioria das vezes esta fundamentada em valores e questões individuais dos profissionais do serviço de referência. Esta prática evidencia a existência de barreiras para o acesso ao serviço de interrupção da gestação previsto em lei, ou o chamado aborto legal. Sobre os problemas encontrados no atendimento ao aborto previsto em lei, os profissionais dizem que:

...o que mais acontece nesses casos de aborto legal, para a gente, e a parte, não só da religião, mas da consciência mesmo, da certeza, da certeza não, mas digo da incerteza de você estar fazendo um procedimento que, na verdade, você não está salvando nenhuma vida, você não está, vamos dizer, buscando, você está buscando melhorar para a paciente. (ADESSE L. GOMES E. GALLI B. 2006, p. 14). *Entrevista a um médico.*

Os argumentos dos entrevistados são expressos a partir de narrativa descritiva de suas próprias práticas, ou ainda, a partir dos relatos sobre a postura de seus colegas de serviço. Diferentes motivos são elencados: não se sentir à vontade para fazer o aborto, ter respeito pela vida do feto (ser um feto vivo), ser contra o aborto, acreditar que o feto tem alma desde a concepção, objeção de consciência garantida pelo Código de Ética Médica, não admitir o aborto, ter conflitos pessoais; ser uma questão legal, ser uma questão religiosa, não ter sido preparado em sua formação profissional, e por ser uma questão “de consciência. (ADESSE L. GOMES E. GALLI B. 2006, p. 16).

9. Não realização do procedimento e dos direitos humanos da mulher

Sobre a recusa da realização do procedimento e não observância aos direitos humanos da mulher encontramos 4 (quatro) artigos nas revistas seguintes:

TÍTULO	REVISTA
Representações sobre o aborto em serviço de referência: entre direitos	IPAS Brasil - 2006

e deveres na atenção	
Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento.	Ministério da Saúde - 2005
Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.	Caderno Saúde Pública - 2004
Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil sobre aspectos éticos e legais.	Caderno Saúde Pública - 2004

Um estudo sobre as representações sobre o aborto apontou para um dado importante, dos 40 médicos que trabalham no serviço de referência pesquisado apenas 2 profissionais, duas mulheres realizam o procedimento de interrupção legal da gestação. “Esta situação leva à ocorrência de casos em que as mulheres saem do serviço sem obter o aborto legal ou há a protelação do procedimento que não e realizado no mesmo dia”. (p. 17). Este cenário indica a existência de violações dos direitos humanos de quem recorre ao serviço, tais como: o direito à saúde, o direito à não-discriminação no acesso à saúde, direito à autodeterminação reprodutiva, direito à liberdade e segurança pessoal, como demonstram os relatos a seguir:

Eu vi há um mês aqui. O médico falou que não ia fazer porque não fazia. O anestesista não fazia anestesia. A mulher já estava na sala. Sete anos, e temos essas duas pessoas. Que objeção de consciência é essa, não é?” “(...) como ninguém no plantão, tem pessoas no hospital que fazem, mas como ninguém no plantão se sente, vamos dizer, à vontade para fazer. Então, não foi realizado nesse plantão”. “Quando chega um caso, geralmente são as mesmas pessoas que fazem. (ADESSE L. GOMES E. GALLI B. 2006, p. 19). *Entrevista a dois médicos do serviço.*

Outro dado bastante revelador das possíveis barreiras existentes ao acesso ao aborto legal é a forma como o fluxo de atendimento se organiza. A equipe médica não tem contato direto com a vítima de violência sexual que busca o serviço para interromper a gravidez. Sendo assim a mulher ou jovem que busca o serviço não encontra qualidade no acolhimento.

Conforme as diretrizes previstas na Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, o atendimento, aos casos de violência sexual, é prioritário e a recusa de atendimento pelos profissionais pode ser caracterizada, ética e legalmente como omissão, sendo

passível de responsabilização civil e criminal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 25).

Na análise das falas dos profissionais entrevistados notou-se a existência de uma tolerância explícita à negativa de prestar assistência, fundamentada na objeção de consciência, gerando dificuldades de acesso aos serviços de interrupção legal da gestação. “O fato de haver somente dois profissionais no serviço de referência evidencia a dificuldade do acesso para quem busca o serviço, comprometendo a sua eficiência, a qualidade e a equidade na prestação da assistência.” (ADESSE L. GOMES E. GALLI B. 2006, p. 22).

Em um outro estudo, Galli (2005) conclui que o direito humano a viver livre de violência inclui o direito a receber um tratamento humanizado nos serviços de saúde. Nos casos de violência sexual, a recusa dos profissionais de saúde em realizar a interrupção da gravidez se constitui em uma violência institucional contra essas mulheres, afetando sua autodeterminação sexual e reprodutiva.

O acesso é um elemento essencial no atendimento para que se possa incidir sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a acessibilidade é um indicador de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde. 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. (TRAVASSOS C. MARTINS M. 2004, p. 34).

Em um estudo feito na cidade de Ribeirão Preto – SP, na emergência de uma maternidade escola, onde residentes de medicina iniciam seus trabalhos, foi feita uma pesquisa sobre os aspectos éticos e legais desses profissionais acerca da temática do aborto e a saúde da mulher no atendimento oferecido.

Esse estudo iniciou-se da premissa de que o profissional de saúde esteja preparado para atender essas mulheres e que haja um serviço de saúde com qualidade. Foram entrevistados 57 médicos em um período de 3 meses na especialidade de ginecologia/obstetrícia. Em uma das perguntas do questionário aplicado, 21% dos entrevistados estão desinformados sobre o aborto ser grande responsável por mortes maternas por ano.

Se o aborto fosse descriminalizado, apenas 17,5% concordariam em realizá-lo profissionalmente, 23% não têm opinião sobre isto e quase 60% não o realizaria. Maior número (72%) discorda que pudesse praticar o aborto em uma situação pessoal e menos de 10% utilizariam o aborto. (LOUREIRO, DC, VIEIRA EM, 2004, p 685).

Nesse estudo, observamos que a maioria dos profissionais rejeita a possibilidade de ter que fazer um procedimento de abortamento, mas afirmam que a relação entre

médico/paciente não se altera em nada, pois o atendimento é igualitário. Dentre os profissionais, 31% não conhecem as leis acerca do aborto legal, mesmo sendo uma temática que envolve aspectos técnicos nos procedimentos e feitos por médicos e, portanto temem quando se fala da prática da lei do aborto e não sabem como proceder em casos de abortamento legal nos sistemas de saúde, tendo em vista que as maiorias dos serviços são de emergência e não são caracterizados por abortamentos previstos em lei, mas sim por processos de abortamento induzido, seja ele praticado (ilegalmente) ou espontâneo.

Diante desse fato, ou seja, da negativa dos profissionais médicos em realizar o abortamento previsto em lei, os serviços de referência buscam estratégias para enfrentar o problema. Geralmente, existem equipes de referência dentro dos serviços, que se formam por profissionais sensibilizados ao tema. São pessoas que já possuem disposição individual em relação aos temas e ao atendimento dos casos de violência sexual, abortamento previsto em lei ou atenção pós abortam.

CAPÍTULO 4 – Leituras interpretativas de uma breve revisão sistemática

Da revisão sistemática realizada, concluo que quanto à percepção dos profissionais de saúde sobre o abortamento legal, o que mais se destaca são os seguintes temas: a formação médica e profissional na saúde de maneira geral é fraca (inclusive quanto ao conhecimento dos procedimentos, dos direitos das mulheres); sabem pouco sobre o aborto no Brasil e pouco sabem sobre as leis, tampouco sobre os direitos das mulheres; em relação ao sigilo desconhecem como proceder em casos de menor de idade; na formação médica na residência, por exemplo, não tem contato nenhum com casos de abortamento legal nem como é feito o procedimento; conhecem a objeção de consciência nos aspectos éticos, morais e religiosos, variando-se conforme a idade do feto; se baseiam muito na ética médica por serem amparados e percebeu uma escassez de pesquisas sobre o assunto determinando o distanciamento que ainda se tem com a temática.

Em alguns artigos analisados, estudos feitos em vários hospitais (dentre eles hospitais escola) e de referência, as percepções e opiniões de profissionais de saúde sejam eles médicos atuantes e estudantes de medicina, confirmam a falta de preparo e conhecimento sobre o abortamento legal. Quanto à ideia de humanização do atendimento ao abortamento

legal e os direitos das mulheres ao procedimento pouco sabem como agir em situações de casos de violência sexual e menores de idade, informando que desconhecem as leis e de como seria o atendimento a essas mulheres nesses casos.

De maneira geral, quando perguntados aos estudantes de medicina, já em fase de residência em outro estudo, sobre conceitos básicos do que é o aborto legal, procedimentos, se já teve algum contato, relataram que durante a formação teórica nunca tiveram algum tipo de aula, congressos, fóruns que abordassem o tema e que assim o desconheciam até então. A falta de interesse em conhecer e saber como os procedimentos são realizados e que vão mais além do que a técnica em si, falando em humanização, sensibilização e informação também são relatados por esses estudantes residentes em medicina.

Em relação à objeção de consciência na norma técnica expedida pelo Ministério da Saúde, tanto estudantes como profissionais médicos de saúde conhecem o Código de Ética Médica que os “ampara” dizendo que o médico pode recusar-se alegando ditames da sua consciência, podendo ser substituído por uma enfermeira para a realização do procedimento.

De acordo com as pesquisas na área, identificou-se uma falta de artigos considerável que pudessem relatar mais sobre o abortamento legal que, no Brasil, essa escassez dificultou o acesso aos dados atualizados de quantos serviços de abortamento legal estão efetivos e como estão/são realizados os procedimentos de abortamento legal. Isso nos remete a pensar que faltam pessoas capacitadas e interessadas sobre essa temática que é de interesse da sociedade brasileira em pesquisar e saber como estão as leis, os serviços e os profissionais de saúde que geram os atendimentos.

Em praticamente todos os países desenvolvidos, os abortamentos em condições seguras têm amparo legal, por exclusiva solicitação da mulher ou sobre uma ampla base social e econômica, e é possível dispor e ter acesso facilmente aos serviços em geral. (OMS, 2013).

Em países em que as mulheres têm acesso a serviços seguros, suas probabilidades de morrer em decorrência de abortamento realizado com métodos modernos não é maior do que uma para cada 100.000 procedimentos. Em países em desenvolvimento, o risco de morte por complicações de procedimentos de abortamento inseguro é várias vezes mais alto do que de abortamento realizado por profissionais e em condições seguras. (OMS, 2013, p. 6).

A necessidade de atenção oportuna é imperiosa, dada a dificuldade das mulheres em reconhecer sinais de possíveis complicações, aliada ao fato de que o medo e a vergonha são fatores que podem retardar a busca de cuidado. Não menos importante que esses aspectos, faz-se necessário superar a discriminação e a desumanização do atendimento às mulheres em situação de abortamento, ainda uma realidade de muitos serviços públicos no País. São expressões disso não só a recusa da internação em certos hospitais ou a longa espera para atendimento, como também a demora na resposta às demandas das mulheres, seja por desqualificação dos sintomas, seja por

tomá-los como expressão de suposto sentimento de culpa por terem provocado o abortamento. (OMS, 2013, p. 8).

Segundo tais preceitos da OMS, é necessário que os profissionais de saúde possam oferecer não somente o cuidado imediato às mulheres em situação de abortamento, mas também a perspectiva da integralidade desse atendimento. Nesse sentido reconhecer a qualidade de atenção almejada pelas mulheres inclui aspectos da humanização do atendimento, que deve contar com profissionais independentemente de seus conceitos morais, éticos e religiosos, preparados para o cuidado e que respeitem os direitos humanos das mulheres.

A inclusão de modelo humanizado de atenção às mulheres com o abortamento deverão ser instituídos nos serviços de saúde que oferecem o aborto legal, de forma a oferecer às mulheres, aos serviços de saúde e à sociedade um novo método que torne segura, necessária e efetiva a atenção às mulheres em situação de abortamento.

Para o modelo de atenção humanizada ao abortamento, se faz necessário a implantação de elementos integrais em relação ao atendimento à essas mulheres. Primeiro deve-se identificar a parceria entre a comunidade e os prestadores de serviço para do abortamento inseguro, mobilizando recursos que garantam que os serviços sejam integrais para as mulheres, o acolhimento e orientação para responder às necessidades de saúde emocional e física das mulheres, uma atenção clínica adequada ao abortamento e suas complicações de acordo com as questões éticas, legais e bioéticas.

Vale ressaltar que a atenção ao abortamento deve ser uma atenção técnica, adequada, segura e humanizada. Isso inclui o dever dos profissionais de saúde de respeito a privacidade e a confidencialidade da clientela que recorre aos serviços nos casos de violência sexual ou em casos de complicações derivadas de aborto realizado em condições de risco. (ADESSE, GOMES, GALLI, 2003, p. 02).

Oferecer serviços de planejamento reprodutivo às mulheres pós abortamento informando-a com orientações para mulheres que desejem nova gestação. A integração e união com outros serviços de saúde, que ofereçam promoção à saúde da mulher e de sua inclusão, acolhendo, orientando e informando sobre tais procedimentos e direitos.

Em aspectos jurídicos, a humanização do aborto relata:

A atenção humanizada às mulheres em abortamento merece abordagem ética e reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não se admitindo qualquer discriminação ou restrição do acesso a assistência à saúde. Esses princípios incorporam o direito à assistência ao abortamento no marco ético e jurídico dos direitos sexuais e reprodutivos afirmados nos planos internacional e nacional de direitos humanos. (OMS, 2013, p. 11)

A norma técnica da OMS (2013), diz que os profissionais de saúde “diante de abortamento espontâneo ou provocado, o(a) médico(a) ou qualquer profissional de saúde não

pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, pois o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é dever legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento”. O não cumprimento da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e ético profissional contra quem revelou a informação, respondendo por todos os danos causados à mulher. (p. 14).

Em relação à objeção de consciência, segundo o Código de Ética Médica (2003),

o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente” (art. 7º). É seu direito “indicar o procedimento adequado ao paciente observando as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país” (art. 21) e “recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência” (art. 28). É vedado “descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento” (art. 43) e “efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida. (art. 48).

Dessa forma, não cabe a esse profissional a objeção de consciência nos casos em que o caso de abortamento ponha risco à vida da mulher, em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido na ausência de outro médico que o faça e quando a mulher possa sofrer danos à saúde em razão da omissão do médico. (OMS, 2013, p.15)

A objeção de consciência é um tema polêmico no debate sobre atendimento aos casos de aborto previsto em lei e atenção pós-abortamento. Esse tema é crítico para o processo da efetiva implementação dos serviços de referência para atenção à violência sexual e garantia dos direitos humanos das mulheres, jovens e adolescentes, como preveem as Normas Técnicas do Ministério da Saúde. Estão em jogo questões que remetem a valores morais, religiosos e éticos heterogêneos e muitas vezes contrastantes (ADESSE, GOMES, GALLI, 2003, p. 03).

Em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de quaisquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento.

Do ponto de vista legal, esses profissionais se referiram ao fato de estarem atendendo a uma determinação superior e se sentiram protegidos por estarem “amparados pela lei” (médica). Essa representação relacionou-se com a ilegalidade do abortamento, sendo importante o surgimento de mecanismos legais que protegessem a ação do profissional. (SOARES, 2003)

Na questão técnica, envolvendo o conteúdo passado em faculdade e o treinamento para tal procedimento a questão da atribuição profissional apareceu como um fator importante. As escolas médicas devem oferecer condições básicas para a formação profissional com conhecimentos, habilidades e atitudes capazes de suprir as necessidades e demandas da sociedade, para tal, torna-se necessário aproximar a formação médica das reais necessidades do Sistema Único de Saúde.

O que foi observado nesse trabalho, a precariedade do atendimento dos profissionais de saúde na atenção às mulheres em processo de abortamento, vários fatores como o Código de Ética Médica que ampara o médico a obste-se caso não queria realizar um procedimento (fora do risco à saúde da mulher), a objeção de consciência e os aspectos éticos, morais e religiosos influem diretamente no atendimento realizado nesses casos.

O conhecimento dos direitos da mulher e, no caso, as orientações pertinentes ao abortamento legal devem fazer parte da formação do médico generalista, constando obrigatoriamente nas grades curriculares. O conhecimento da legislação brasileira sobre o aborto foi comprovado em pouco menos da metade dos estudantes da amostra, sendo significativamente maior entre os acadêmicos na segunda metade do curso, momento quando também se observa uma maior vivência da situação do aborto ilegal. (AZEVEDO, DARZÉ, 2014, p. 8).

Essas informações reforçam a ideia de que o tema tem sido pobremente discutido e em único momento, ou seja, as discussões sobre o abortamento são lastreadas em questões religiosas, sociais e políticas sem levar em conta argumentações racionais e científicas.

Fato comprovado em um estudo de Azevedo e Darzé (2014) no qual os profissionais confessaram não se sentir confortáveis em realizar o procedimento mesmo de forma legal, o que justifica a carência de profissionais dispostos a atuar nessa situação, dificultando a implantação de novos serviços de abortamento previstos em lei, relatando:

O currículo médico tem discutido o abortamento exclusivamente sob seu aspecto clínico, visando apenas competências técnicas. O tema deve ser abordado desde o início da formação profissional no que tange aos direitos reprodutivos, aos agravos da violência sexual, seus aspectos subjetivos e sua implicação na mortalidade materna. (AZEVEDO, DARZÉ, 2014 p. 11).

Diversos segmentos da população de diferentes países têm participado de discussões a respeito do abortamento e da necessidade de mudanças nas leis que regem os procedimentos envolvidos em sua assistência, mas, ainda hoje, se observam restrições na abordagem deste assunto. Em situações de gravidez decorrente de estupro o quadro se complica devido, em especial, à inter-relação valor da vida e prática médica. Mesmo conhecendo as orientações legais grande parte dos profissionais não realiza os procedimentos.

Outro fator importante na implementação de uma educação permanente a esses profissionais de saúde em relação ao aborto, importância do ensinamento continuado e que a

estratégia da presença do tema em congressos, jornadas e afins (como tem acontecido) contribui para a sensibilização e formação de opinião em relação ao assunto aborto legal, embora ainda muito se tenha a fazer para garantir que os gineco-obstetras deem às mulheres que passam por este problema o atendimento que solicitam e ao qual têm direito.

A grande indagação que surge é: o que sabem e pensam os médicos sobre o aborto? Se o profissional médico está preparado para atender as mulheres e se a qualidade do serviço prestado é humanizado e integral? O envolvimento médico nesses assuntos é inevitável, independentemente do seu posicionamento ideológico, a maioria considerava o aborto um problema de saúde pública e defendia sua liberação, entendida como forma de diminuir a morbimortalidade. (VIEIRA, LOUREIRO, 2004, p. 681).

Tratando-se de médicos especialistas, é importante frisar que seria desejável uma melhora desse nível de conhecimento, em particular nos aspectos identificados como mais falhos a epidemiologia do aborto, seu peso na mortalidade materna e principalmente sua prevenção por meio de contracepção. Em relação à legislação sobre o aborto, observou-se grande porcentagem em vários estudos, de profissionais com baixo conhecimento embora alguns aspectos das leis sejam bem conhecidos, os itens problemáticos para grande parcela dos entrevistados são aqueles relacionados com a aplicação prática da lei do aborto.

Em todos os estudos analisados nesse trabalho, os hospitais analisados são identificados pelo Ministério da Saúde, como referência para o aborto legal no Brasil, a realidade é que não parecem existir condições que possibilitem o aprendizado do atendimento ao aborto legal. Ou seja, ou o hospital não realiza o procedimento (aborto legal) ou, se realiza, não tem o envolvimento de médicos residentes em sua prática. Se não realiza, deveria ao menos estimular o ensino.

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. (ADESSE, GOMES, GALLI, 2003, p. 03).

A autora Adesse, em sua experiência pelo Ipas Brasil no âmbito de “Ações afirmativas em direitos e saúde” em diferentes projetos realizados, especialmente na Região Norte do país, mostra que os serviços de referência encontram-se em diferentes estágios de implementação da atenção às vítimas de violência sexual.

Isso se reflete, por exemplo, na existência ou não de espaço físico para o atendimento e na forma como as usuárias são acolhidas, a implementação da atenção está ancorada em uma estrutura mais ampla caracterizada pela organização e eficácia dos programas efetivados. (ADESSE, GOMES, GALLI, 2003, p. 04).

Uma pesquisa realizada pela organização não-governamental “Católicas pelo Direito de Decidir”, no ano de 2005, em 56 hospitais e maternidades, concluiu que a condição de ilegalidade do aborto no país influi negativamente no atendimento aos casos de aborto previstos em lei e contribui para a falta de registro disponível e padronizado sobre o atendimento prestado, a pesquisa apontou a existência de 37 serviços de atenção à violência sexual e aborto legal em funcionamento no país.

É notória a falta de acesso aos serviços, mesmo nos casos previstos em lei, situação que implica na busca de serviços clandestinos, que colocam a saúde e a vida das mulheres em risco. A desconfiança em relação à veracidade da declaração da mulher que busca o abortamento é apenas uma das barreiras à atenção e proteção dos direitos previstos em lei.

A Norma Técnica afirma que “o objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à polícia ou à Justiça”. 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. (OMS, 2013, p. 20).

A tolerância à recusa de prestar assistência, na maioria das vezes, está fundamentada em valores e questões individuais dos profissionais do serviço de referência. Esta prática evidencia a existência de barreiras para o acesso ao serviço de interrupção da gestação previsto em lei, ou o chamado aborto legal.

Sobre os problemas encontrados no atendimento ao aborto previsto em lei, os profissionais relatam em um estudo realizado por Adesse, Gomes e Galli (2003) sobre representações de médicos:

...o que mais acontece nesses casos de aborto legal, para a gente, e a parte, não só da religião, mas da consciência mesmo, da certeza, da certeza não, mas digo da incerteza de você estar fazendo um procedimento que, na verdade, você não está salvando nenhuma vida, você não está, vamos dizer, buscando, você está buscando melhorar para a paciente.

O estudo aponta para um dado revelador, dos 40 médicos que trabalham no serviço de referência pesquisado apenas 2 profissionais – duas mulheres - realizam o procedimento de interrupção legal da gestação.

Esta situação leva à ocorrência de casos em que as mulheres saem do serviço sem obter o aborto legal ou há a protelação do procedimento que não é realizado no mesmo dia. Este cenário indica a existência de violações dos direitos humanos de quem recorre ao serviço, tais como: o direito à saúde, o direito à não-discriminação no acesso à saúde, direito à autodeterminação reprodutiva, direito à liberdade e segurança pessoal. (ADESSE, GOMES, GALLI, 2003, p. 05).

Conforme as diretrizes previstas na Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, o atendimento,

aos casos de violência sexual, é prioritário e a recusa de atendimento pelos profissionais pode ser caracterizada, ética e legalmente como omissão, sendo passível de responsabilização civil e criminal.

As Normas Técnicas do Ministério da Saúde afirmam que o serviço de saúde não pode ser confundido com a polícia e justiça, seu objetivo é garantir o exercício do direito à saúde. É neste sentido que é importante avaliar a influência de valores religiosos e outros na prática médica diante dos casos de abortamento e aborto inseguro, inserindo esta problemática no âmbito da qualidade da atenção, dos deveres ético-profissionais e institucionais correlatos, e no âmbito das políticas públicas do setor saúde. (OMS, 2013, p. 25).

A assistência humanizada e o respeito aos direitos humanos na atenção ao abortamento enfrenta obstáculos nas dinâmicas de relações de poder desiguais, perpetradas e reproduzidas por um ideário que reproduz e reforça as diferenças de gênero. Nesse contexto, a atenção ao abortamento, e a implementação dos programas de interrupção legal da gestação para casos de violência sexual, encontram resistências em crenças profundamente amarradas na prática profissional que reproduzem as desigualdades de gênero.

Considerações Finais

O procedimento de abortamento legal no Brasil pode ser um evento que ocasiona extrema sensibilidade física, emocional e social para as mulheres, portanto, o acolhimento e a orientação por parte dos profissionais são fundamentais para uma atenção de qualidade e humanizada.

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

Cabe ao profissional responsável tomar decisões de atitudes terapêuticas, buscando desenvolver escuta ativa e relação de cuidado e acolhimento capaz de informar e ajudar às mulheres de acordo com a sua demanda. (Ministério da Saúde, 2005).

Ao lidar com o atendimento ao abortamento, a equipe de saúde necessita refletir sobre a influência de suas convicções pessoais em sua prática profissional, para que dessa forma possa ter atitude destituída de julgamentos arbitrários e rotulações. (OMS, 2013). Esta

prática não é fácil, uma vez que muitos cursos de graduação e formação em serviço não têm propiciado dissociação entre os valores individuais (morais, éticos, religiosos) e a prática profissional, pelo contrário, não prepara os profissionais para que possam lidar com os sentimentos, com a questão social, com elementos que vão além da prática médica concentrada em técnicas.

Promover esse acolhimento às mulheres, reconhecer os seus direitos e fornecer as informações deve ser prática de todos os profissionais da equipe multiprofissional e devem estar presentes de forma transversal durante todo o contato com a mulher. Mais do que um dos passos do atendimento, o acolhimento é uma prática educativa que deverá refletir a qualidade da relação profissional de saúde/usuária na perspectiva de construção de novo modelo de atendimento que é direito da mulher.

Para isso, segundo os textos analisados nesse Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, os profissionais deveriam estar devidamente sensibilizados e capacitados para incorporar o acolhimento e a orientação como prática cotidiana da assistência, considerando que o papel de cada profissional de saúde na promoção do acolhimento e da orientação está relacionado à sua formação profissional.

Por envolver questões subjetivas de quem atende e de quem é atendida, o tema do abortamento pressupõe sensibilização da equipe de saúde, visando à mudança de postura, de forma continuada. Promover o acolhimento, a informação, a orientação e o suporte emocional no atendimento favorece a atenção humanizada por meio da interação da equipe com a clientela, o que determina as percepções da equipe quanto à qualidade da assistência, melhora a relação profissional de saúde da usuária, aumenta a capacidade de resposta do serviço e o grau de satisfação das mulheres com o serviço prestado, assim como influencia na decisão pela busca de um futuro atendimento.

Nos casos de abortamento por estupro, o profissional deverá atuar como facilitador do processo de tomada de decisão pela mulher, respeitando-a. Como futura Sanitarista, portanto, penso que a implementação de ações de educação permanente orientadas a esses profissionais de saúde, para que o tema seja abordado durante a sua formação na graduação, será de grande importância para as práticas e saberes nos processos de trabalho.

Espera-se, desta forma, contribuir para uma reflexão sobre a atenção de qualidade e humanizada ao abortamento, as implicações éticas e os deveres legais visando a maior autonomia das mulheres na tomada de decisão sobre questões de saúde sexual e reprodutiva.

Diante desse estudo, penso que o campo da Saúde Coletiva e os sanitaristas devem se ocupar e se preocupar com a melhora e expansão dos serviços de abortamento legal no Brasil, tematizando a necessidade de mais pesquisas sobre o assunto; uma formação médica e na saúde mais orientada à questão, bem como sobre as leis no Brasil.

Um outro ponto a se pensar é na educação permanente desses profissionais de saúde ainda na sua formação médica como facilitador e ampliador de conhecimentos, que futuramente na prática auxiliem esses profissionais no atendimento e no procedimento.

O Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde em suas normas técnicas direcionadas para os profissionais de saúde ajudam a minimizar eventuais dúvidas e conflitos sobre o aborto legal em geral e o abortamento legal relatando como deveriam ser esses atendimentos, como é o procedimento, as leis vigentes, os direitos das mulheres e adolescentes, permitindo assim um contato com o assunto.

Como sanitarista, penso que a informação contida nessas normas de “Atenção Humanizada ao abortamento” do MS (2005); “Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde” da OMS (2013); “Aspectos Jurídicos ao atendimento às vítimas de violência sexual” do MS (2011), deverão ser amplamente divulgadas e propagadas nos meios de saúde, na educação permanente sobre o assunto, os profissionais e nos próprios serviços de saúde oferecidos, facilitando o acesso e o conhecimento sobre o aborto legal e suas leis e especificações. Só dessa forma penso que aumentariam os estudos e pesquisas sobre a temática, pois não se pesquisa aquilo que desconhece.

Nesse sentido, a Saúde Coletiva pode também realizar novas pesquisas na área das Ciências Sociais, gestão e planejamento para a implementação de novos serviços, conhecendo as necessidades das mulheres e como incrementar a formação dos profissionais.

Referências Bibliográficas

ABRASCO. Documento preliminar de princípios básicos. **In: Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro, 1982, p. 62.**

ADESSE, L. GOMES, E. GALLI, B. Representações sobre o aborto em serviço de referência: entre direitos e deveres na atenção. **IPAS Brasil, 2006, p. 05-27.**

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** São Paulo, campinas, 1975.

AZEVEDO B. K. G. DARZÉ O. I. S. P. Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto. **Rev. Brasileira Ginecologia e Obstetrícia** 2014, p. 06-21.

BIRMAN, J. A physis das Saúde Coletiva. **Physis Rev. Saúde Coletiva, 1996, p. 08.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005 p. 15-68.

_____. In. Ministério da Saúde. **Aspectos Jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual.** Perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília, 2011, p. 09-11.

_____. In. Ministério da Saúde. **Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes.** Brasília, 2012, p. 15-21.

_____. In. CÓDIGO PENAL, 1940. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm> Acesso em: 15 de mar. 2015

_____. In. Organização Mundial de Saúde. **Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde.** Genebra: **Organização Mundial de Saúde, 2013, p. 06-51.**

CARNEIRO, R. E o que faz/pode fazer um Bacharel em Saúde Coletiva? A arte de pesquisar como prática de promoção de saúde. **Rev. Tempus – Actas de Saúde Coletiva, 2013, p. 105-110.**

COLAS, Osmar; AQUINO, Nicole Moraes Rego de; MATTAR, Rosiane. Ainda sobre o abortamento legal no Brasil e o conhecimento dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, 2007, p. 185 e 191.**

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Código de Ética Médica. São Paulo: **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2003, p. 83-88.**

COOK, D.J.; MULROW, C.D.; HAYNES, R.B. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. **Ann Intern Med.** v.126, n.5, 1997, p. 386.

CORDEIRO et al. Revisão sistemática: uma narração descritiva. **Rev. Col. Bras.** v.34, n.6, p. 413, 2007, p. 56.

CORRÊA, S.; FREITAS, A. Atualizando os dados sobre a interrupção voluntária da gravidez no Brasil. **Estudos Feministas**, 2003, p. 391.

D'OLIVEIRA A.F, SCHRAIBER L.B. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 341.

DALLARI S. Aborto. Um problema ético da saúde pública. **Revista de Bioética**, 2004, p. 87.

DINIZ D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. **Saúde Pública**, 2011, p. 982-987.

DINIZ D. MEDEIROS M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2010, p. 964.

FARIAS S.R. CAVALCANTI L.F. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde no Hospital Municipal Fernando Magalhães – RJ. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2012 p. 1757-1761.

FERLA, A. A. ROCHA, C. M. F. **Cadernos da Saúde Coletiva**: Inovações na formação de sanitaristas. Porto Alegre, 2013 p. 15-25.

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.

L'ABBATE, Solange. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 1, 2003, p. 217

LAURELL, A. C. O estudo social do processo saúde-enfermidade na América Latina. **Cad. Medicina Social**. 1986, p. 12.

NAKAMURA, E. MENDES, R. SILVA, C. R. C. A Dimensão da Ética na Pesquisa em Saúde com Ênfase na Abordagem Qualitativa. **Saúde Sociedade**. São Paulo, 2012, v. 2, n. 01, p. 33.

NORA J.E.P, MONTEIRO R.A, VIEIRA E.M. Algumas características das internações por aborto no município de Ribeirão Preto nos anos de 1997 e 1998. **In: IV Congresso Médico-Acadêmico**. Medicina 2001.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: História de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, 1994, p. 07-10.

OSIS M.J.D, HARDY E, FAÚNDES A, ALVES G, BALAREZO G. Opinião das mulheres sobre as circunstâncias em que os hospitais deveriam fazer abortos. **Cad Saúde Pública**. 2004, p. 59.

RESOLUÇÃO nº 466, de 12 de dezembro de 2012, p. 02.

ROCHA, M. I. B. A discussão política sobre o aborto no Brasil: uma síntese. **Rev. Est. Pop.** São Paulo, v. 23, n. 2. 2003, p. 370.

- ROSEIRA, M.B. Prefácio. In: GALEOTTI, G. História do aborto. **Lisboa**: Edições 70, 2007. p. 298.
- SAMPAIO, R. F. MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para a síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. Bras. Fisioterapia**, São Carlos, 2007 v. 11, n. 01 p. 84-86.
- SCAVONE, L. Políticas feministas do aborto. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis , v. 16, n. 2, 2008, p. 678-687.
- SOARES G. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cad. Saúde Pública** 2003, p. 402-411.
- TALIB, R. A. CITELI, M. T. Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros, dossiê. **Católicas pelo direito de decidir**, São Paulo, 2005, p. 13 -51.
- TRAVASSOS C. MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saude Pública** 2004, p. 34.
- VIEIRA E.M, LOUREIRO D.C. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil sobre aspectos éticos e legais. **Caderno de Saúde Pública**. 2004, p. 681-688.
- WASHINGTON, D. C. Organização Panamericana da Saúde. **Medicina preventiva e social - 20 anos de experiência latino-americana**, 1976.
- WIESE I.R.B. WERBA A.A.S. Aborto induzido na interface da saúde e do direito. **Saúde Sociedade**, 2014, p. 542.