



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

TATIANE FONTOURA DA SILVA

**Aborto e Saúde Coletiva: uma revisão sistemática em revistas
científicas brasileiras (2010-2015).**

Brasília/DF

2016

TATIANE FONTOURA DA SILVA

Aborto e Saúde Coletiva: uma revisão sistemática em revistas científicas brasileiras (2010-2015).

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de bacharel, no curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília. Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rosamaria Giatti Carneiro.

Brasília/DF

2016

TATIANE FONTOURA DA SILVA

Aborto e Saúde Coletiva: uma revisão sistemática em revistas científicas brasileiras 2010-2015.

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

Aprovado em 06 de julho de 2016.

BANCA EXAMINADORA

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Rosamaria Giatti Carneiro

Prof^a. Dr^a. Sílvia Maria Ferreira Guimarães (FCE/UnB)

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

Dedico este trabalho à minha mãe árvore plantado junto ao ribeiro de águas, ao meu pai varão valoroso, ao meu amado esposo, aos meus irmãos plantas de oliveira e a minha orientadora dracma encontrada, com todo amor e carinho a vocês.

Agradecimentos

Primeiramente quero agradecer a Deus pela dádiva da vida, pelo cuidado e caminho a trilhar.

A minha mãe Alvanete Maria da Silva Fontoura por ser minha base, meu exemplo de mulher guerreira, de amiga, meu suporte, vida da minha vida e luz da minha aurora sem você esse momento não seria possível.

Ao meu pai Naudelio Fontoura da Silva que sempre acreditou nos meus sonhos, e os estimulou, que independente do que eu peça ele não mede esforços para me atender, pai simplesmente não há nada que você faça pra que eu te ame mais, sua companhia e meu maior tesouro.

Ao meu esposo Osmar Barbosa da Silva, que aceitou unir a vida dele a minha e sermos um, meu amor cada lágrima que você enxugou valeu a pena, o seu amor tem sido o meu combustível diário diante das adversidades, te amo.

Aos meus irmãos Helionay Fontoura da Silva e Renan Fontoura da Silva pela preocupação dispensada a mim, por me fazerem sorrir nos meus dias de exaustão.

As minhas amigas, Rayssa Lohanna, Maíra Ramos, Ludmila Silva, Indyara Moraes, Jéssica Nascimento, Grasiela Silva, Patrícia Magna, Caroline Castro, Lusmair Brito, Soraya Portela, Erivânia Fortunato, Dábyla Fabriny, Julianna Porto, Amanda Oliveira, Sandra Regina, Dalila Fernandes, Lorena Melo, Geciana Dias, Karem Cardim, Mábia Milhomem, Marcela Rennó, Thereza Cristina, Jéssika Silva e aos amigos Luan Philipe, Akeni Lobo e Matheus Jacobina, quero agradecer por todos os momentos que passamos juntos dentro e fora da Universidade, levarei vocês para sempre em meu coração.

A minha amiga-irmã Juliana Dias, amizade que o tempo tem conservado, sua amizade é um diferencial na minha vida.

Ao corpo docente da Universidade de Brasília-Faculdade de Ceilândia pelos ensinamentos tanto no quesito de aprimoramento de conhecimento, quanto no quesito de vida, com cada momento compartilhado, dotados de vontade de mudança e de construção.

A minha orientadora Rosa Giatti Carneiro, por ter aceitado e cumprido com tanta excelência e precisão esse desafio de orientar esse estudo, olhando de forma crítica cada linha construída, mas opinando com palavras doces, me direcionando da melhor maneira possível, e conduzindo desde os primeiros passos até o final, só tenho que agradecer pela prazerosa convivência e afeto transformado em saber, minha gratidão a você será eterna.

A minha banca examinadora, doutoras Sílvia Guimarães e Silvia Badim, as suas sementes não morrerão enquanto houver voz, haverá grito pela mudança.

E a todas as pessoas que de alguma maneira colaboraram na construção desse sonho, a todos vocês o meu muito obrigada.

“A liberdade jamais e dada pelo opressor,
ela tem que ser conquistada pelo oprimido”
Martin Luther King.

RESUMO

Esse estudo tem por objetivo refletir sobre a produção acadêmica e investigativa sobre aborto no Brasil, a partir das revistas da área de Saúde Coletiva, apenas as revistas classificadas nos estratos A1, A2, B1 e B2 do Qualis Capes. A partir dos artigos encontrados buscou-se realizar um levantamento dos assuntos que são mais apresentados referentes ao tema aborto, em que Estado mais se publica, a revista na área de saúde coletiva que tem mais publicações e, o ano em que mais se publicou. Em seus achados, sendo eles 32 artigos, foi possível realizar uma classificação de categorias, gerando assim onze categorias para a sistematização sendo elas: Violência; Avaliação de Serviço; Medicamentos; Aborto e Brasil: dados/ estatísticas; Objeção de Consciência; Aborto e Lei; Processo decisório feminino; Aborto e Profissionais; Práticas abortivas; Aborto e Mídia; Gênero e Aborto. Como resultados - apresentou-se a Região Sudeste como líder em publicações, a revista Ciência & Saúde Coletiva como a revista que mais publica sobre o tema, quanto ao assunto recorrente evidenciou-se a temática “Processo decisório feminino”. Em relação ao gênero as mulheres têm dominado o cenário de pesquisa sobre aborto no Brasil e entre os anos de 2010-2015, o ano de 2012 foi o ano em que mais houve publicações em menção ao tema.

Palavras-Chave: Aborto, Revistas Científicas, Saúde Coletiva.

ABSTRACT

This research aims at the scientific and analytic output about abortion in Brazil from the field of the health journals known as “Saúde Coletiva” (Inclusive Health). From this field, only the journals on the A1, A2, B1 and B2 extracts of the Capes Qualis index. From the scientific papers found, a mapping of the most featured subjects about abortion, the States where it was most published, which scientific journal has most publications and its year of publication was made. In the 32 scientific papers found, was performed a classification in 11 categories, which are: Violence; Service Evaluation; Drugery; Brazil and Abortion: statistics/data; Conscientious Objection; Law and Abortion; Female Decisive Proceeding; Abortion and Professionals; Abortive Practices; Abortion and Media; Gender and Abortion. The results showed the Southeast Brazilian Region leading the number of scientific papers, the journal “Ciência e Saúde Coletiva” (Science and Inclusive Health) with the greater number of publications, and the most constant subject was “Female Decisive Proceeding”. As for the gender, the women are mastering the Brazilian abortion scenario among 2010 and 2015. The 2012 year had the highest numbers in publications about abortion.

Key-Words: Abortion, Journals, Inclusive Health.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ADPF: Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental;

CEBES: Centro de Estudos de Saúde

CNDM: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher;

CEP: Comitê de Ética e Pesquisa

OMS: Organização Mundial da Saúde

PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher;

SUS: Sistema Único de Saúde

]

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Revistas de Saúde Coletiva e Classificação	36
Tabela 2: Cadernos de Saúde Pública	37
Tabela 3: Revista de Saúde Pública	37
Tabela 4: Ciência & Saúde Coletiva	38
Tabela 5: Interface.....	39
Tabela 6: Physis	40
Tabela 7: Estado de Origem de cada revista	63
Tabela 8: Quantidade de artigos publicados dos anos de 2010-2015	64

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1: Quem mais publicou sobre aborto no Brasil nos anos de 2010-2015.....	65
---	----

Erro! Indicador não definido.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1. ABORTO NO BRASIL	14
CAPÍTULO 2. MÉTODOS E CAMINHOS: ABORTO E A SAÚDE COLETIVA.....	27
2.1.OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICO.....	29
2.2.JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA.....	30
2.3.DESCRICÕES DA PESQUISA.....	30
2.4.PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS.....	31
2.5. FERRAMENTAS UTILIZADAS.....	35
2.6.CAMINHO ÉTICO.....	35
CAPÍTULO 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
CATEGORIAS:.....	40
1.VIOLÊNCIA SEXUAL.....	41
2. AVALIAÇÃO DE SERVIÇO.....	44
3. MEDICAMENTOS.....	46
4. ABORTO E BRASIL: DADOS/ ESTATISTICAS.....	49
5. OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA.....	52
6. ABORTO E LEI.....	53
7. PROCESSO DECISÓRIO FEMININO.....	55
8.ABORTO E PROFISSIONAIS.....	57
9. PRÁTICAS ABORTIVAS.....	60
10. ABORTO E MÍDIA.....	61
11. ABORTO E GÊNERO.....	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

INTRODUÇÃO

O abortamento representa um grave problema de saúde pública. Estima-se que ocorra, considerando apenas o Brasil, mais de um milhão de abortamentos induzidos ao ano, sendo uma das principais causas de morte materna no País.¹

O abortamento previsto em lei no Brasil referente ao Código Penal de 1940 é permitido em duas circunstâncias: casos que ponham a vida materna em risco, ou em gestações decorrentes de estupro, respaldado para garantir a legalidade da sua realização e da assistência prestada.²

A mais nova prática permitida pelo Supremo Tribunal Federal e no caso de fetos portadores de anencefalia (má formação fetal do cérebro), ou que não apresentem nenhuma condição de vida extrauterina de acordo com a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental³.

No Brasil práticas de abortamento sempre foram realizadas, antes da colonização, já era realizada pelas mulheres indígenas. Suas concepções a prática eram distintas, fato de que não podem ser generalizadas as motivações, pois essas são diferentes para cada cultura.⁴

Essa revisão sistemática em produções científicas, realizada como trabalho de conclusão de curso em Saúde Coletiva, teve por objetivo sistematizar produções científicas, investigativas sobre o tema **aborto** nas revistas de Saúde Coletiva classificadas no qualis A1, A2, B1 e B2. Nos anos de 2010-2015, com a intenção de entender o que a Saúde Coletiva tem estudado acerca do aborto, onde mais se tem publicado, a revista que mais publica, o ano entre 2010-2015 que mais se publicou e quem mais estuda o tema recorrente.

Esse estudo vem apresentado em três capítulos. O primeiro apresenta um pouco sobre a ideia, história e realidade do aborto no Brasil. Sobre o que é o aborto, como era praticado pelas indígenas antes do período colonial, após a colonização quais foram às características dadas à prática, o processo de Códigos Penais que ligou o aborto a lei e um pouco do que é apresentado atualmente à respeito da magnitude do aborto no Brasil.

¹BRASIL, 2011.

² Código Penal, 1940.

³ (ADPF) n.54/2004

⁴ Del Priore, 1993.

O capítulo dois apresenta um pouco da história da Saúde Coletiva no Brasil, que teve seu início na segunda metade dos anos 50, e que vem se consolidando até os dias atuais. Os objetivos gerais e específicos e os métodos e caminhos utilizados para se alcançar os objetivos propostos.

No capítulo três são apresentados os resultados obtidos e a discussão realizada a partir da categorização dos assuntos encontrados nos trinta e dois (32) artigos analisados. Sendo onze categorias as quais: Violência; Avaliação do Serviço; Medicamento; Aborto e Brasil: dados/estatísticas; Objeção de Consciência; Aborto e Lei; Processo Decisório Feminino; Aborto e Profissionais; Práticas Abortivas; Aborto e Mídia e Aborto e Gênero. Por fim e conduzida às considerações finais.

CAPÍTULO 1

Um pouco sobre a história, ideia e realidade do aborto no Brasil.

O ABORTO NO BRASIL.

O abortamento é compreendido como a interrupção da gravidez, o aborto e a eliminação do produto da concepção ocasionando a morte, podendo ser esse produto ainda um ovo, um embrião ou já ter forma de feto pesando menos que 500g. Mas não necessariamente se caracteriza por uma expulsão, pois esses podem ser absorvidos, ou dissolvidos no processo pelo organismo e até mesmo causar a morte da gestante (PEREIRA, 2015, p.12).

Estimativas apontam que em 210 milhões de gestações por ano, em todo o mundo 75 milhões delas não houve planejamento e é malquisto, o que leva em torno de 46 milhões a abortarem por indução, dessas, 20 milhões acontece em condições precárias, totalmente inseguras e justamente, em sua maioria nos países onde se encontram em desenvolvimento e suas leis são as mais restritivas e punitivas (RIBEIRO, 2011, p.36-38).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, estima-se que 31% das gestações terminem em abortamento, correspondendo a 1.443.350 abortamentos anuais, o que resulta em uma taxa de 3,7 abortamentos/100 mulheres de 15 a 49 anos. Este valor é superior aos encontrados nos países em que a prática é legal e acessível e está associada a vastos meios de planejamento familiar (BRASIL, 2005; 2010).

Há na história indícios desta prática antes do transcurso da colonização. No primeiro momento da colonização a preocupação da metrópole portuguesa era apenas com o vazio demográfico que se apresentava. A partir desse momento apresenta-se em cena o Estado luso instigando uma política de ocupação, para se povoar a colônia o mais depressa possível, mas para que isso ocorresse era preciso definir alguns meios, que garantissem a eficiência dessa ocupação (PRIORE, 1993, p.1).

Del Priore (1993) entende que nesse período da política de ocupação colonial, seguiram-se três vertentes que controlavam um pouco do que o Estado e a Igreja Católica consideravam problemas e temiam que os prejudicassem.

A primeira vertente é a que, não permitiam os relacionamentos mestiços, ou relações em que o Estado ou a Igreja Católica não tivessem o domínio, pois feriam seus interesses

(PRIORE, 1993). A segunda apontava que não poderiam ser abertos conventos, estes estavam fora de questão, pois eles consideravam que a ocupação precisava ser de gente honrada, e se estas mulheres não se casassem não teriam filhos e a terceira vertente tinha a visão que a função feminina destinava-se apenas a reproduzir e não lhe era permitida uma reprodução fora de uma vida conjugal familiar, colocando assim o matrimônio como uma imposição para que a mulher pudesse gerar, e garantisse assim o povoamento desejado para a ocupação da colônia (PRIORE, 1993). A perseguição ao aborto nessa época começou pelo fato de que um filho fora do matrimônio era considerado um bastardo feria os interesses mercantilistas da metrópole, ou seja, o Estado juntamente com os interesses da Igreja (PRIORE, 1993, p.1).

Pode-se dizer que devido a esses fatos a perseguição ao aborto na época colonial foi bem específica, não era por causa de nenhuma legislação vigente condicionada, pois o Brasil ainda era colônia de Portugal, a prática era condenada por interesses religiosos, políticos, econômicos e sociais e ao dever de obedecer aos dogmas da Igreja. Havia um preconceito contra a mulher que praticava o aborto por falta de conhecimento sobre o corpo feminino tanto pelos médicos, como também pela Igreja (PRIORE, 1993, p.1; PEREIRA, 2015, p.19).

A medicina culpabilizava a mulher diretamente, pois não dispunha de conhecimento quanto ao útero e o desenvolvimento embrionário até então, já a Igreja responsabilizava a paixões femininas e acreditava que o casamento poderia livrar as mulheres de muitos preconceitos (PRIORE, 1993, p.1).

Acreditava-se que o aborto era uma prática utilizada principalmente por casais ilegítimos. Não há dados que quantifiquem ou que apresentem a frequência em que as mulheres indígenas abortavam, Priore (1993, p. 2) afirma que “este crime já era comentado nas primeiras cartas jesuíticas como um hábito corrente entre as mulheres indígenas”.

Para os Jesuítas o aborto era um pecado contra o corpo e por sua crença no limbo, era mais horrendo ainda, sempre que podiam denunciavam casos em que consistisse o ato do aborto, na tentativa de que essas mulheres se sentissem responsabilizadas pelo seu ato e questionavam as mulheres que se utilizavam do uso de beberagens ou pancadas na barriga entre outros atos para abortar, mas não há informações ou registros que apresentem conclusivamente o perfil a respeito dessas mulheres, até mesmo porque esse foi um período que feriu bastante a condição feminina quanto a sua decisão em gerar ou não (PRIORE, 1993, p.2).

Para Priore:

Os dados que são passados através do discurso da Igreja sobre o aborto não permitem ao historiador saber quem abortava. Seriam as mães solteiras, as viúvas, as adúlteras? Delas não há um retrato nítido. Por que abortavam? O desespero diante do filho indesejado, o pânico diante do estigma do meio social, da morte social ou da exclusão familiar nos parecem respostas razoáveis. Mas que tipo de estigmatização poderia sofrer a mulher que abortava num período em que o matrimônio era regra desejada pelo Estado e pela Igreja, mas uma prática pouco comum entre mulheres que viviam como concubinas, amásias, mães solteiras e que criavam indiscriminadamente filhos de companheiros diversos? O pior crime não parece ter sido o de ter filhos fora do casamento, como desejava estigmatizar a Igreja, mas aquele de ter matado o próprio fruto. [...] A imagem da árvore seca, desfolhada e sem frutos personificava a mãe do filho morto (PRIORE, 1993, p.3,7).

Sobre estas indagações e afirmações de Priore (1993), Rebouças (2010) em seus estudos realizou um levantamento que apontou o seguinte:

Embora houvesse uma forte repressão ao aborto, as mulheres ainda o realizavam tendo em vista as péssimas condições em que viviam no período colonial, devido à pobreza e ao abandono, além da tentativa de esconder a ilegitimidade dos filhos. As mulheres, em sua maioria, não tinham família; eram mães solteiras e seus filhos eram fruto de relações extraconjugais com os colonizadores portugueses. Dessa forma, a alternativa encontrada pelas mulheres diante dessa situação era recorrer ao infanticídio e ao aborto (REBOUÇAS, 2010 p.422 apud VENÂNCIO, 2004, p.189).

Seguindo essa linha de caracterizações propostas por Priore e Rebouças, e possível perceber que havia sim estigmas e criminalizações a respeito dessas mulheres pelo Estado e pela Igreja, independente de classe social se encontrassem inseridas no contexto social e essas não encontravam outro recurso a que as pudessem amparar além do aborto (PRIORE, 1993; REBOUÇAS, 2010).

Após a metade do século XVIII ocorreu à reformulação das normas de conduta e moral na Colônia, os jesuítas responsáveis pelo ensino, já não eram mais vistos como necessários e foram expulsos de suas funções, se inicia então um ensino cientificista que gera mudança na intelectualidade e que contribuiu com novas visões de indivíduo e de aborto (PRIORE, 1993).

Em 1822 é proclamada a Independência do Brasil e vinculada inicia-se o período Imperial. Após essa mudança foi necessário criar normas para a administração do país, foi então que assim em 1824 se instaura a primeira Constituição Brasileira (PREDEBON, 2007, p.18). O aborto continuou sendo visto e apresentado pela igreja e pelas elites da época como um abuso contra a moral. Houve uma crescente incidência nos casos, não se pode afirmar ao certo quais foram os motivos para tal acontecimento, talvez continuassem sendo os mesmos outrora citados e para tal situação se criou uma legislação ainda mais punitiva a prática (PREDEBON, 2007, p.18).

O primeiro código criminal de 1830 foi o primeiro a prever a prática do aborto como uma conduta criminosa. Não previa como crime se fosse conduzido pela própria gestante, mas penalizava se fossem realizados por terceiros. Já no Código Penal seguinte o de 1890 previa como crime mesmo quando praticado pela mulher com o sem ajuda. Havia nesse Código uma exceção no caso em que essa prática fosse para ocultar a sua desonra (PREDEBON, 2007, p.20).

Os códigos criminais brasileiros de 1830 e 1890 foram fortemente influenciados pelo ideal do poder religioso da época que era a Igreja Católica. E não apenas nessa época mais sua influência perdurou na constituição por todos esses códigos penais. Após esse período as mudanças ocorridas foram pouquíssimas, no que se trata da mulher e ao aborto (PREDEBON, 2007, p.21-22).

Tal como no Código Imperial de 1830, nesse novo Código de 1890 os artigos sobre aborto permanecem no Capítulo “Dos crimes contra a segurança da pessoa e vida”, passando a punir os casos em que como decorrência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo seguia-se a morte da mulher. Todavia as punições para os casos de “cumplicidade” e de “cumplicidade na tentativa” foram retiradas, restringiu-se à punição à mulher e àqueles envolvidos diretamente no ato do abortamento. A mulher passou a ser considerada a principal ou até mesmo a única responsável pela decisão de abortar (PREDEBON, 2007, p.24).

Apresentou-se no Código de 1890 o termo “aborto legal” e o termo “aborto necessário”, o aborto necessário somente era aceito quando não havia nenhuma outra forma para salvar a vida da gestante, quanto ao aborto legal havia especificações (PREDEBON, 2007).

Predebon aponta que “havia a punição, nessas modalidades de aborto, para o médico ou para a parteira que ocasionassem morte da gestante, por imperícia ou negligência”, ou seja, pela falta de experiência, habilidade ou até mesmo uma falta de cuidado pelas partes responsáveis (PREDEBON, 2007, p.25).

No Brasil, o ato de provocar um aborto ainda é considerado um crime segundo os artigos (124, 125, 126 e 127 do Código Penal Brasileiro de 1940), tipificado como crime contra a vida da pessoa humana, sua exceção ocorre em duas circunstâncias previstas por lei: quando não há outro meio para salvar a vida da gestante ou é resultado de estupro de acordo com o artigo 128 (BRASIL, 1940). O aborto pode ser classificado como aborto espontâneo ou natural, acidental ou provocado sendo este último o que se enquadra na lei, como um crime. E hoje a mais nova prática permitida pelo Supremo Tribunal Federal e no caso de fetos portadores de anencefalia (má formação fetal do cérebro), ou que não apresentem nenhuma

condição de vida extrauterina de acordo com a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n.54/2004 (PEREIRA, 2015, p.12).

O artigo 124 proíbe a mulher de provocar aborto em si mesmo ou consentir que outrem lhe provoque, prevendo como pena detenção de um a três anos. Os artigos 125 e 126 proíbem aborto sem ou com o consentimento da gestante e estabelecem como pena reclusão de três a dez anos no primeiro caso e de um a quatro anos no segundo (BRASIL, 1940).

O artigo 127 refere-se ao aumento da pena caso a gestante sofra alguma lesão corporal decorrente dos meios utilizados para provocar o aborto ou este venha a lhe causar a morte. O artigo 128 prevê a não punição do aborto praticado por médicos nos casos de risco de vida para a gestante ou em casos de gravidez resultante de estupro (BRASIL, 1940).

Segundo Pereira (2015, p.12):

a legislação sobre o tema passou a ser mais específica, apesar da controvérsia, tipificando como criminosa tanto a prática da gestante como de terceiros, qualificando o crime quando o resultado causar morte ou lesão grave à gestante, além de prever formas de aborto legal (PEREIRA, 2015, p.12).

A intenção descrita na lei e para a proteção da vida intrauterina, cumprindo assim em aspectos jurídicos a proteção a vida em desenvolvimento (PEREIRA, 2015, p.12).

Durante todo esse processo histórico surgem movimentos contra e a favor ao aborto, o movimento feminista foi o primeiro a lançar uma campanha pela descriminalização do aborto no Brasil e a buscar por sua total legalidade como um direito das mulheres e que vem recebendo destaque na causa do aborto (SCAVONE, 2004).

Inicialmente o surgimento da luta feminista não era por essa questão, mas sim “pela participação das mulheres no espaço público- fase das lutas igualitárias”, tomando mais tarde proporção de alcançar o “espaço privado – fase das lutas pelos direitos específicos, ou da afirmação das diferenças” (SCAVONE, 2004, p.25), mas à partir dos anos 60 e 70 percebeu-se a importância em lutar também pela causa.

Pimentel e Vilella (2012, p.20) descrevem que “é no contexto do movimento feminista organizado da década de 1970 que se coloca com intensidade a luta para reformar o Código Penal em relação ao aborto”. A legalização do aborto foi e continua sendo para o feminismo uma questão prioritária de direitos humanos das mulheres, e uma questão de escolha do que a mulher pode fazer em relação ao seu corpo. Não é ao acaso que o lema

utilizado pelo movimento e “nosso corpo nos pertence”, e é exatamente isto o que distingue o movimento dos demais (PIMENTEL; VILELLA, 2012). Partindo desta premissa o aborto entendido pelo feminismo é uma escolha, quanto a ter liberdade, tanto na sexualidade, quanto em sua busca por democracia em seu sentido pleno de justiça social (PIMENTEL; VILELLA, 2012).

As autoras Pimentel e Vilella afirmam que:

Defender a descriminalização ou legalização do aborto é lutar por um projeto de sociedade equânime nas relações de gênero, tendo a equidade como princípio e diretriz para que as diferenças possam ser convividas e vivenciadas dentro do mesmo espaço. Ao negar a subsunção das mulheres à maternidade, afirmando que elas podem ser mulheres na sua integralidade sem ter filhos e dissociando sexualidade e reprodução, constrói-se a ancoragem necessária para tratar do aborto no âmbito dos direitos humanos e dos direitos reprodutivos e sexuais (PIMENTEL; VILELLA, 2012, p.20).

No Brasil a questão reprodutiva que se refere ao “direito ao aborto e contracepção segura”, é discutida ainda que de maneira tênue entre os anos 70 e 80, quando também se discutia dentro do campo da saúde a respeito de gênero e sexualidade, e que foi consolidado no Brasil nos anos 80, estando o feminismo à frente em utilizar a expressão mais abrangente dos direitos reprodutivos, mesmo antes do seu conceito ser adotado na linguagem política, “no contexto generalizado de uma luta”, em que era preciso lutar pela retomada dos direitos que a ditadura militar havia tomado com a sua supressão de direitos, com a censura e com a repressão aos que eram contrários aos seus ideais (SCAVONE 2004, p.56).

A autora Scavone contribui ainda apontando que:

Neste período de transição democrática, o feminismo brasileiro conseguiu influenciar, em nível governamental, a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), cuja concepção integral do corpo feminino e de todas as suas fases tinha caráter inédito e progressista ante as políticas públicas até então em vigor. A ação feminina desta época, embora ainda não recorresse ao conceito de direitos reprodutivos, ligava a implementação deste programa a uma conquista de direitos das mulheres (SCAVONE, 2004, p.56-57).

No campo de políticas públicas quanto ao aborto a criação do PAISM aconteceu através de um compromisso realizado entre o movimento feminista e o Estado. Em 1985 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), no intuito de promover em âmbito nacional, políticas para assegurar à mulher condições de liberdade, igualdade de direitos e a plena participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país (ÁVILA, 2003, p.468).

No período da democratização o movimento feminista se utilizou da noção de direitos reprodutivos, para abranger os temas de contracepção, legalização do aborto e assistência à saúde. O que de fato contribuiu para as conquistas alcançadas no país (SCAVONE, 2004).

Segundo Scavone (2004, p.58) “A formação de Redes Feministas no Brasil e em outros países da América Latina fortaleceu e acelerou mais ainda o debate, conferindo mais destaque a problemas urgentes da saúde reprodutiva das mulheres neste continente”.

O movimento feminista sem dúvida foi muito importante para a consolidação ao tema. A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2011) faz menção ao movimento quando:

O Ministério da Saúde, atento à primazia dos direitos humanos e sensível às reivindicações dos movimentos feministas e de mulheres, que não arrefecem na luta histórica por tais direitos, ganhou, nos últimos anos, visível e inexorável fôlego no compromisso com a garantia dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais das mulheres. Vem pautando-se, para tanto, pelo zelo no seguimento dos acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário e pela legislação nacional vigente, com destaque para a consolidação de garantias constitucionais e pela recente Lei Maria da Penha (BRASIL, 2005, p.5).

Não apenas em questão ao aborto, mas o movimento abrangeu qualquer questão que fosse uma forma de violência referente à condição feminina. No fim dos anos 80, para o começo dos anos 90 houve um alto número de abortos acontecendo legalmente em hospitais da rede de saúde no Brasil, isto interessou a saúde pública pelo aumento considerável de casos dos últimos 10 anos, devido à abertura que a lei apresentou em 1998, que permitia nos aborto em alguns casos de malformações congênita, de fato o aborto é um problema de saúde pública e justiça social. Mello et al., afirmam que a única coisa que o aborto inseguro consegue e trazer são consequências para a saúde da mulher e manter a desigualdade social referente ao aborto (MELLO; SOUSA; FIGUEROA, 2011, p. 88) .

Segundo Mello et al.,(2011,p.88),“é possível perceber que estudos que se propõem a aprofundar a temática do aborto inseguro são justificados por várias razões”, sendo elas:

- Primeiro, por causa da complexidade de se obterem informações estatísticas diretas sobre a magnitude do aborto inseguro em um país que criminaliza o aborto, exceto em duas circunstâncias previstas no *Código Penal*.

- Contribuir significativamente para a construção de políticas públicas que promovam a discussão, prevenção e atenção integral e humanizada às mulheres em situação de abortamento.
- Terceiro, o aborto inseguro é uma questão relevante na saúde pública, em que pesquisas que aprofundem a questão podem auxiliar na redução da morbimortalidade materna, já que ele se configura como uma de suas principais causas (MELLO; SOUSA; FIGUEROA, 2011, p. 88 grifo dos autores).

Estes dados apontam a importância e a dificuldade em se realizar pesquisas abrangendo o tema e o quão importante é o seu aprofundamento para subsidiar ações de saúde no Brasil, a obra mais completa teve sua publicação no ano de 2009 (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde por intermédio de Cooperação Técnica com o Escritório Regional da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde no Brasil e às executoras do projeto, Universidade de Brasília e Universidade do Estado do Rio de Janeiro e ainda em parceria com grandes pesquisadores, lançou no ano de 2009 a obra por título *20 anos de pesquisa sobre aborto no Brasil, dos anos de 1987-2007* (BRASIL, 2009).

“Essa obra reuniu pesquisas realizadas em todo o Brasil e as sistematizou, abrangendo “aborto e saúde pública”, “perfil (das mulheres)”, “trajetória do aborto”, “ adolescência, aborto, complicações e sequelas”, “ misoprostol, ética, pesquisa e aborto”. Em todos os anos houve estudos na área, porém, de acordo com Diniz, et al.,(2009, p.940), “houve um crescimento de 50% no número de publicações em 2004 e 2005, retornando ao cenário de início da década em 2006”.Dentre esses temas pesquisados, o estudo realizou uma análise do aborto quantos as complicações e sequelas do aborto induzido (BRASIL, 2009).

Em 1990 O Brasil apresentou o aborto como terceira e quarta causa da mortalidade materna, o que despertou interesse em pesquisar as causas, que foram concluídas como permanência de desigualdades regionais. Em meados de 1990 e 2000 ocorre uma redução nos casos e novamente com pesquisas se correlacionou a queda da morbimortalidade, devido ao uso de um medicamento chamado de misoprostol, mas conhecido no mercado por cytotec, ao invés de perfurantes ou cáusticos que eram métodos utilizados para o aborto (BRASIL, 2009). “O primeiro medicamento à base de misoprostol (Cytotec) teve uso aprovado pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde em 1985, entrando no mercado nacional em 1986” (CORRÊA, MASTRELLA, 2012, p.1779).

Segundo Diniz e Castro (2011, p. 97) “o misoprostol entrou no Brasil em 1986, tendo recomendação terapêutica para tratamento de úlcera gástrica”. O misoprostol estava sendo comercializado para o tratamento de úlceras, mas foi descoberto como um método abortivo eficiente no ano de 1991. Em seu “auge” sua venda foi proibida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), (DINIZ; CASTRO, 2011, p.97).

Estudos apontaram que este medicamento transformou o cenário quanto ao aborto induzido no país, quando as mulheres se utilizavam dele e logo após conseguiam um acesso para a curetagem nos hospitais assistia-se a uma redução da gravidade, porém, a introdução dele no mercado não eliminou os riscos que o aborto induzido em condições inseguras pode gerar (DINIZ; CASTRO, 2011, p.97).

Ainda segundo Diniz e Castro, (2011, p.97) “atualmente, é reconhecido tanto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto pela ANVISA como princípio ativo com indicação terapêutica de uso obstétrico, com eficácia e segurança comprovada para provocar aborto até a décima segunda semana de gestação”. Sua comercialização continua proibida pela legislação, o seu uso apenas é permitido nos hospitais credenciados e não é permitida sua publicidade por nenhum veículo de propaganda (DINIZ; CASTRO, 2011, p.97). De acordo com a Resolução nº. 911 da Anvisa, que determinou a suspensão, em território nacional, de publicidade veiculada em fóruns de discussões, murais de recados e sítios na Internet, dos medicamentos Cytotec, Citotec e Prostokos em razão de o aborto representar iminente risco sanitário à população (BRASIL,2006).

É preciso entender que o acesso ao medicamento também não era possível a todas as mulheres. Se por um lado esse medicamento ajudou na redução de sequelas, por outro lançou novos desafios à saúde pública, como por exemplo, a aproximação com o comércio ilegal de drogas e ainda não garante totalmente a eficácia se não for possível a essa mulher um atendimento rápido para o término do procedimento (DINIZ; CASTRO, 2011, p.97).

Um estudo qualitativo realizado com 11 mulheres processadas judicialmente por aborto induzido nos anos 2000 mostrou que 80% delas iniciaram o aborto com misoprostol e que quase a metade foi denunciada à polícia pelos médicos que as atenderam nos hospitais. Muito embora a denúncia seja uma violação de princípios éticos fundamentais à saúde pública e à profissão médica, as mulheres não têm a garantia do sigilo durante a fase de hospitalização. O que se apresenta como uma dificuldade para algumas mulheres em procurar um atendimento hospitalar, quase todas as participantes do estudo foram processadas pela

prática de aborto após denúncias sofridas durante a hospitalização, mostrando que não tem garantias de privacidade (BRASIL, 2005, p. 29 – 33).

No Brasil as pesquisas são conduzidas num paradoxo entre a lei penal, que criminaliza o ato e a saúde destas mulheres que merece atenção, e os estudos auxiliam na criação de políticas no que se refere à saúde reprodutiva das mesmas e é dessa forma que vem sendo realizadas as pesquisas em todo o Brasil (Diniz; Medeiros, 2011, p.960).

O Livro *Aborto e Contracepção*, histórias que ninguém conta, concretizado a partir de um projeto de pesquisa intitulado por “Práticas contraceptivas e aborto em grupos populares urbanos”, uma obra que contemplou muito destes aspectos citados por Diniz e Medeiros. Este livro é dividido em três partes que conversam entre si e nos leva a compreender o aborto seja ele direcionado ao campo das Ciências Sociais ou da História, apresentou também este panorama Brasileiro (AREND; ASSIS; MOTTA, 2012).

O panorama de que o aborto no Brasil vem fortalecendo discussões sobre o tema recorrente, quando o aborto é tratado como uma questão de saúde pública e justiça social. Fatores esses imprescindíveis para se fortalecer os argumentos pela descriminalização, do aborto no Brasil, que vem evidenciados pela concepção das mulheres que tem vivenciado esse cenário. Foram algumas das questões compreendidas na primeira parte desse livro (AREND; ASSIS; MOTTA, 2012).

Na segunda, focou em uma população pobre do município, Talib (2014) aponta que os maiores números de aborto que acontecem clandestinamente e de maneira insegura são de fato com mulheres pobres. Arend et al., conseguiram conhecer e descrever, se utilizando de dois métodos adotados um através do grupo focal que é um meio de coletar informações baseado em comunicação e interação entre, os indivíduos do grupo de pesquisa e de um survey, que também é um método de obtenção de informação de um determinado grupo utilizando uma pesquisa que em sua grande maioria é apresentada no formato de questionário, assim conseguem obter ainda mais informações (AREND; ASSIS; MOTTA, 2012).

O intuito da pesquisa era conhecer as representações sociais acerca da prática do aborto, com a composição do grupo sendo feita de forma heterogênea por mulheres e homens. Também foi utilizada a pesquisa etnográfica que se baseia na observação e interpretação do pesquisador quanto ao grupo de estudo, o que permitiu a pesquisadora Flávia de Mattos Motta

descrever que significado era atribuído à prática do aborto pelas mulheres daquela localidade (AREND; ASSIS; MOTTA, 2012).

Por fim em sua terceira parte analisaram a questão criminal para as mulheres da região de Florianópolis e fizeram uma análise do que foi divulgado pela imprensa nos anos de 1995-2009. Com este livro observamos a reafirmação de que o aborto é uma prática frequente em todo Brasil e não é diferente nessas comunidades periféricas de Florianópolis, em que também há desigualdade social, de gênero e violação de direitos e que associando o período da colonização até os dias atuais a religião continua a ser um ponto influenciador para muitas mulheres, mas não um limitador da práxis (AREND; ASSIS; MOTTA, 2012, p.20-88).

Tratar do tema aborto no Brasil ainda é muito desafiador, pelas questões que não deixa de envolvê-lo, como as de cunho moral, social e religioso, mas não deixa de ser um tema que merece atenção e que deve ser pautado, por se tratar de um evento que se apresenta em grande magnitude, e devido a esse aspecto tem se vivido como uma questão de Saúde Pública (MATTAR, 2012).

Mattar (2012, p.44-45) em seus estudos descreve alguns dados sobre a atualidade desse evento no Brasil:

Assim, podemos notar que o abortamento é o evento mais frequente da obstetrícia. Há que se considerar ainda que o abortamento representa, nos países em desenvolvimento, a terceira ou quarta causa de morte materna além de ser importante causa de morbidade para a mulher que, muitas vezes, sofre a perda de seus órgãos reprodutores. No Brasil, 250 mil internações/ano no Sistema Único de Saúde (SUS) são consequentes a abortos clandestinos com intercorrências. O aborto clandestino é a terceira causa de morte materna no Brasil, ceifando vidas das mulheres mais pobres.

A visão do aborto como questão de Saúde Pública abriu um novo caminho argumentativo que nos possibilita trazer evidências para o debate tornando-o como uma questão de suma importância, exatamente para enxergar, orientar e cuidar dessas mulheres que morrem todos os anos devido às práticas mal sucedidas, devido às condições precárias em que elas se encontram, e a tratamentos desumanos as quais recebem, quando buscam por aborto e o encontra ele sendo ofertado de maneira insegura, que tem por significado como forma de interrupção da gestação sem observância nenhuma dos procedimentos adotados pelo profissional, as condições de higiene do ambiente em que são realizadas as práticas, e o enorme risco de vida que é gerado quando optam em realizar dessa forma (RIBEIRO, 2011, p.36).

As complicações que são mais frequentes nesse tipo de procedimento são: “aborto incompleto, perda excessiva de sangue e infecções”, mas ainda há complicações mais graves que estas, como por exemplo, uma perfuração no útero ou intestino e inflamação do peritônio (membrana serosa), em muitos casos elas ao menos procura assistência médica devido ao receio de serem punidas por lei ou até mesmo moralmente (RIBEIRO, 2011, p.36-38).

Diniz aponta que:

Em matéria de aborto, a tendência legislativa brasileira é conservadora, o que pode vir a representar uma revisão dos permissivos legais do Código Penal, inclusive de forma a revoga-los ou torná-los ainda mais restritivos. Na última década, houve tentativas frustradas de emendas constitucionais para revogar os excludentes de penalidade do aborto ao sustentar o pressuposto moral do direito á vida do feto desde a fecundação. Por tocar em questões constitucionais, a interpretação jurídica corrente no País é de que o aborto é matéria do Congresso Nacional ou da Suprema Corte de Justiça (DINIZ, 2008, p. 649).

A ilegalidade do aborto não controla sua prática, ao invés disso aloja a mulher em um cenário de iniquidades socioeconômicas. Diniz e Medeiros (2011) no artigo “Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna” apresentou que o maior período de aborto entre as mulheres e na faixa etária de 18 a 39 anos, quando as mulheres têm seus maiores eventos reprodutivos (DINIZ; MEDEIROS, 2011,p.960).

Uma parte da pesquisa “constitui-se a beira do leito, com mulheres internadas por complicações do aborto, nas quais as histórias são recuperadas por profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento médico”. Esta pesquisa obteve como resultado os seguintes apontamentos: não pode ser comparada a outras produções que também discutem a respeito da magnitude do aborto no Brasil, pois esta abrangeu o Brasil urbano, e geralmente as pesquisas se dirigem diretamente a uma localidade específica. Muitas pesquisas realizadas tendem a estipular uma faixa etária determinada para a ocorrência do aborto, esta, porém procurou apresentar a faixa etária, de maiores eventos reprodutivo, tendo em vista também que as mulheres podem realizar mais de um aborto durante a sua vida (DINIZ; MEDEIROS, 2011, p.962).

Segundo suas conclusões, cerca de metade das mulheres que abortam, utiliza-se de algum medicamento para a realização do aborto, não foi indicado na pesquisa o medicamento utilizado, mas supõe-se que o mais utilizado seja o misoprostol. “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” (DINIZ; MEDEIROS, 2011, p.964).

No Brasil articulou-se um campo para produção científica envolvendo questões que não eram até tão discutidas, mas que são importantes e de fato são problemas a serem debatidas no âmbito da saúde pública, um dos pontos é o aborto que segundo Menezes e Aquino (2011, p.193) “O estudo sobre o aborto tem o potencial de articular questões centrais e relevantes no campo da saúde reprodutiva, desde relações de gênero os processos de decisão da esfera reprodutiva até a provisão de assistência e a garantia dos direitos sexuais reprodutivos” (MENEZES; AQUINO, 2011).

No campo da Saúde Coletiva, até o ano de 2009, esses estudos em sua maioria ocorrem de forma empírica e poucos foram relacionados à assistência que essas mulheres receberam após o procedimento, no entanto, quando se encontram são voltados em sua maioria a cuidados corporais (MENEZES; AQUINO, 2011).

Menezes e Aquino também relatam que “outro aspecto pouco estudado refere-se aos custos da atenção ao aborto”, porque quando é preciso internar mulheres com complicações durante ou sequelas após o ato, são gerados custos a saúde, no entanto seria possível imaginar que esses gastos pagariam todos os abortos realizados de maneira segura realizada ao ano (MENEZES; AQUINO, 2011, p.201).

A decisão de abortar não é uma decisão que se toma facilmente e um elenco de fatores que leva a prática do ato isso não ocorre somente no Brasil em qualquer lugar do mundo a decisão é um processo difícil a ser tomado. A representação da sociedade e a figura feminina abortando, porque a visão do aborto ainda envolve gênero. Não se pode deixar de discutir o aborto no Brasil, nem ao menos as práticas inseguras como vem se procedendo todos os dias, levando um número elevado de mulheres a óbito devido as condições inseguras e as condenações morais que as mulheres ainda hoje enfrentam (MENEZES; AQUINO, 2011, p.198).

CAPÍTULO 2

Métodos e Caminhos: Aborto e a Saúde Coletiva

O histórico da Saúde Coletiva tem seu início na segunda metade dos anos 50, desencadeado por três fases, a primeira denominada “pré-saúde coletiva”, estendeu-se por cerca de quinze anos, e foi notável pela implantação do “projeto preventivista” (NUNES, 1994, p.5-6; PAIM, 1998, p.300-308).

Nos anos 70, o cenário brasileiro era de uma crise econômica agravada, que não deixou de abranger também a saúde. Tanto o “cenário político”, quanto o “econômico” e “cultural” afetava a saúde e esta sofria com as consequências (CARNEIRO, 2013, p.104). E então entre os anos de 1976 e 1979, nasce a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), juntamente com o Centro de Estudos de Saúde (CEBES), como elementos diferenciadores e transformadores para uma nova gestão da Saúde e assim “começa a ser gestada a Reforma Sanitária, em nome de uma saúde não mais privatizada, mas direito de todos e dever do Estado” (CARNEIRO, 2013, p.104).

A segunda fase se consolidou ao final dos anos 70, que não segregava os princípios preventivistas, no entanto já se fortalecia a compreensão de uma “Medicina Social”, que em suma pode ser compreendida “fundamentalmente um processo político e social”, “postula-se nesse movimento que a medicina é política aplicada no campo da saúde individual e que a política nada mais é que a aplicação da medicina no âmbito social, curando-se os males da sociedade” (NUNES, 1994, p.5-6; PAIM, 1998, p.300-308).

Carneiro (2013, p.105) aponta que:

Esse era o momento da luta pela redemocratização do país, de abertura política e das “Diretas já” e dele faziam parte os movimentos sociais em sua multiplicidade e, mais especificamente, o movimento pela saúde (CARNEIRO, 2013, p.105).

Esperava-se que ocorressem os principais determinantes de saúde social como democracia, justiça e igualdade. (NUNES, 1994, p.5-6; PAIM, 1998, p.300-308). Já a terceira fase ocorre nos anos 80 até os dias atuais, vem se estruturando como o “Campo da saúde Coletiva” (NUNES, 1994, p.5-6; PAIM, 1998, p.300-308).

A Saúde Coletiva pode ser norteada como a junção de saberes e práticas e por isso se estrutura como um campo científico, tendo como o seu principal objeto a saúde (NUNES, 1994, p.5-6; PAIM, 1998, p.300-308).

A Saúde Coletiva se introduz como um campo de estudo no ano de 1980 e se apresenta como o resultado de “relações sociais”. Deixando de “olhar para o indivíduo e suas necessidades”, e preocupando-se com o “processo de invenção da saúde e reprodução social do paciente”. (CAMPOS, 2000, p.69). É como campo vem se apresentado interdisciplinar, subsidiando distintas disciplinas para sua construção e consolidação (CAMPOS, 2000, p.70).

Paim (1998, p.309-310), aponta que:

Na América Latina, e no Brasil em particular, realiza-se nas duas últimas décadas um trabalho de construção de novas teorias, enfoques e métodos da epidemiologia e da planificação em saúde, além de investigações concretas buscando a aplicação de métodos das ciências sociais no campo da saúde. Desse esforço de reconstrução teórica, tem emergido no campo novos objetos de conhecimento e de intervenção, como por exemplo, os casos da comunicação social em saúde e da vigilância em saúde. Nesse aspecto, cabe referir o desenvolvimento científico e tecnológico do campo mediante importantes contribuições nas áreas de Epidemiologia Social, Políticas e Práticas de Saúde, Planificação em Saúde e Epistemologia e Metodologia em Saúde. Nessa perspectiva, a saúde coletiva pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde.

Estas disciplinas contribuíram no quesito de expansão do conceito e práticas de saúde elencadas no contexto social e individual do ser humano.

“enquanto campo composto pelas Ciências Sociais, Epidemiologia e Gestão, um curso de graduação em Saúde Coletiva não poderia fugir a essa regra e, então, contemplar a formação, a prática e os saberes dessas searas” (CARNEIRO, 2013, p.106).

Deixando assim a visão biopolítica como e entendida por Foucault e passando a ser entendida assim como uma “nova saúde”, como uma saúde que envolve todo o coletivo (CARNEIRO, 2013, p.111).

Nunes (1994, p.19) define a Saúde Coletiva com a seguinte formação:

Saúde Coletiva e o campo que introduz as ciências humanas no campo da Saúde, ela se constitui no limite do biológico e do social, tem como tarefa investigar, compreender e interpretar os determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde, tanto no plano diacrônico como sincrônico da história (NUNES, 1994, p.19).

Saúde Coletiva não pode ser entendida da mesma maneira que Saúde Pública. Para Birman (2005, p.14) “De fato, o campo teórico da Saúde Coletiva representa uma ruptura com a concepção de saúde pública, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do

campo da saúde” (BIRMAN, 2005, p.14). Birman afirma ainda que “A multidisciplinaridade é a marca do campo da Saúde Coletiva, já que sua problemática demanda diferentes leituras e permite a construção de diferentes objetos teóricos”, mas, esse é um debate político (BIRMAN, 2005, p.14).

Este novo campo possibilita espaço para “o Sanitarista tanto como profissional diferenciado e ainda em construção, como também aquele que pode realizar a metacrítica do campo da saúde” (CARNEIRO, 2013, p.103). Ainda segundo Carneiro (2013, p.103), “o ator que, ao pesquisar significados, concepções e representações sociais, pode construir pontes, pensar diálogos e contribuir para a tradução e outros olhares sobre corpo, saberes, práticas de cuidado e políticas públicas” (CARNEIRO, 2013, p.103). Seguindo essa diretriz, como graduanda em Saúde Coletiva e pesquisadora da área da Saúde, esta pesquisa possibilita um contato com o tema aborto, um dos temas a ser abarcado pela Saúde Coletiva.

2.1. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo Geral: Mapear sistematicamente e cientificamente produções científicas na área de Saúde Coletiva sobre aborto nos últimos cinco anos (2010-2015).

Objetivos Específicos:

- Identificar as Revistas Brasileiras de Saúde Coletiva qualis A1,A2,B1 e B2, que escreveram sobre aborto nos anos de 2010 a fevereiro de 2015;
- Analisar nas produções quais são os temas mais abordados por elas;
- Identificar quais são as revistas de Saúde Coletiva brasileira que mais publicam e onde estas estão localizadas;
- Identificar o ano com o maior número de publicações;
- Identificar quem mais publica sobre o tema aborto.

2.2. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

A escolha desse tema por parte da pesquisadora se deve ao fato, de que anteriormente conheceu mulheres com depoimentos sofridos à respeito das práticas abortivas e consequências de abortos, quando esses são realizados de forma insegura e se mobilizou em ver nessas mulheres seus medos e seus anseios á respeito da prática do abortamento. Algum tempo depois, cursou a disciplina intitulada antropologia da saúde, onde estudou gênero, corpo e saúde, o que a entusiasmou e a impulsionou a escolha pelo tema aborto visando compreender o tratamento concedido pela sua área de Saúde Coletiva ao tema. Tendo levantando as seguintes indagações; como a área de Saúde Coletiva estuda o tema aborto no Brasil? O que se tem estudado a respeito do aborto? Onde se tem estudado? Como ela tem contribuído, sendo um dos seus objetivos ser uma corrente do pensamento social?

São algumas questões anseio em responder durante a presente pesquisa, como futura sanitária e preciso pensar as questões saúde a curto, médio e longo prazo estabelecendo prioridades e buscando compreender sempre os processos que se dão no social o que inclui também o direito das mulheres.

2.3. DESCRIÇÕES DA PESQUISA

Essa pesquisa se configura como uma revisão sistemática bibliográfica de artigos científicos, que de acordo com Oliveira (2007, p.69) é uma modalidade de estudo e análise de documentos de domínio científico tais como livros, periódicos, enciclopédias, ensaios críticos, dicionários e artigos científicos. Como característica diferenciadora pontua que é um tipo de “estudo direto em fontes científicas, sem precisar recorrer diretamente aos fatos/fenômenos” (OLIVEIRA, 2007, p.69). Argumenta-se que a principal finalidade da pesquisa bibliográfica é proporcionar aos pesquisadores o contato direto com obras, artigos ou documentos que tratem do tema (OLIVEIRA, 2007, p.69).

Dessa forma, essa pesquisa foi realizada em duas fases. A primeira sendo quantitativa, na qual se traçou um mapa de artigos sobre aborto nas revistas da área da Saúde Coletiva, nacionais dos anos de 2010-2015 até o mês de fevereiro. A segunda fase aponta-se como qualitativa, analisando cada artigo encontrado em sua plenitude com o intuito de se alcançar os objetivos anteriormente propostos.

Tanto a pesquisa quantitativa quanto a qualitativa apresentam diferenças com pontos fracos e fortes. Entretanto, os elementos fortes de um complementam as fraquezas do outro. A pesquisa quantitativa, que tem suas raízes no pensamento positivista lógico, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana, por outro lado, a pesquisa qualitativa tende a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, para apreender a totalidade no contexto daqueles que estão vivenciando ou vivenciaram o fenômeno (GERHARDT, 2009, p.33).

2.4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A técnica utilizada para a realização do levantamento de dados pôde ser estabelecida através de um levantamento bibliográfico com o intuito de contextualizar os artigos que contemplassem a temática aborto como eixo central de pesquisa.

Foi realizado um mapeamento sistemático e científico de temas/produções da área de Saúde Coletiva relacionadas ao aborto nos últimos 5 (cinco) anos, ou seja, entre 2010 a fevereiro de 2015, produzidos exclusivamente no Brasil. Para o levantamento das Revistas Científicas Brasileiras se utilizou a plataforma Sucupira que é uma ferramenta que serve para coletar informações, realizar análises e avaliações e ser a base de referência do Sistema Nacional de Pós-Graduação (SNPG).

A Plataforma disponibiliza em tempo real e com muito mais transparência as informações, processos e procedimentos que a Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) realiza no SNPG para toda a comunidade acadêmica (PLATAFORMA SUCUPIRA).

Após o levantamento das revistas tidas como de excelência, classificadas nos estratos A1, A2, B1 e B2, utilizou-se a base de dados Qualis Capes, A CAPES (Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior) é o órgão do Ministério da Educação responsável pelo reconhecimento e a avaliação de cursos.

QUALIS é entendido como o conjunto de procedimentos utilizados pela Capes para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação. Foi concebido para atender as necessidades específicas do sistema de avaliação e é baseado nas informações fornecidas por meio do aplicativo Coleta de Dados. Como resultado, disponibiliza uma lista com a classificação dos periódicos utilizados pelos programas de pós-graduação para a divulgação da sua produção (PORTAL DE PERIÓDICOS-CAPES/MEC).

A estratificação da qualidade dessa produção é realizada de forma indireta. Dessa forma, o Qualis afere a qualidade dos artigos e de outros tipos de produção, a partir da análise da qualidade dos veículos de divulgação, ou seja, periódicos científicos. O Qualis Periódicos está dividido em oito estratos, em ordem decrescente de valor. Sendo este o portal utilizado para se encontrar nas revistas de Saúde Coletiva os artigos que retratasse o tema aborto, foram utilizados todos os artigos publicados nos últimos cinco anos, os quais correspondessem aos anos de 2010 ao ano de 2015 até o mês de fevereiro, sendo eles nacionais, que apresentassem relevância relativa ao tema pesquisado (PORTAL DE PERIÓDICOS-CAPES/MEC).

Foram encontrados abrangendo a intenção da pesquisa o total de **32 artigos para o estudo**. Como critério de exclusão não foram descritos os artigos publicados em língua estrangeira e/ou que não contemplassem o texto completo. O descritor utilizado foi “aborto”. Os artigos foram estudados em sua plenitude e compilados a partir do eixo central desta pesquisa * (Portal Periódicos – CAPES/ MEC).

* Portal de Periódicos: <http://www.periodicos.capes.gov.br/>

Abaixo se apresentam os 32 artigos selecionados para o desenvolvimento desta pesquisa realizada no Portal de Periódicos em janeiro de 2016.

Nº Artigos	Título
1	Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal
2	Avaliação da qualidade da atenção ao aborto: protótipo de questionário para usuárias de serviços de saúde
3	Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens
4	O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres
5	Magnitude do aborto inseguro em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2006.
6	Objecção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública
7	Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros
8	Aborto e Contracepção, histórias que ninguém conta.
9	Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil.
10	O enquadramento do aborto na mídia impressa brasileira nas eleições 2010: a exclusão da saúde pública do debate
11	Cytotec e Aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres.
12	Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo
13	Aborto e misoprostol: usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica
14	Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres?
15	Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães
16	Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia
17	Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina – Piauí

18	Aborto induzido: uma comparação entre mulheres casadas e solteiras residentes na cidade de São Paulo em 2008
19	Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil
20	Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro – Brasil
21	“Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!”: revisitando dados etnográficos sobre a disseminação de práticas abortivas em populações de baixa-renda no Brasil
22	Dos fetos engolidos e escondidos: um comentário sobre o apoio de parteiras ribeirinhas ao aborto
23	As consequências jurídicas e sociais da manutenção da criminalização do aborto
24	Comentários ao artigo: itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras
25	Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil)
26	Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna
27	Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde
28	“Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil
29	À sombra do aborto: o debate social sobre a anticoncepção de emergência na mídia impressa brasileira (2005-2009)
30	Estratégias retóricas na controvérsia moral sobre a legalização do aborto: o caso da anencefalia no Brasil
31	Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres
32	Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade

Fonte: elaboração própria.

2.5. FERRAMENTAS UTILIZADAS

Após coletado todos os dados, estes foram analisados e apresentados estatisticamente, utilizando tabelas e gráficos do software Excel, organizados de acordo com os questionamentos levantados, para se atribuir a sistematização.

Para Sampaio e Mancini (2007, p.84):

As revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada terapêutica/intervenção, que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras.

Segundo Minayo & Minayo-Gómez (2003, p.118) “Não há nenhum método melhor do que o outro”, o método, “caminho do pensamento”, ou seja, o bom método será sempre aquele capaz de conduzir o investigador a alcançar as respostas para suas perguntas, ou dizendo de outra forma, a desenvolver seu objeto, explicá-lo ou compreendê-lo, dependendo de sua proposta (MINAYO; MINAYO-GOMES, 2003, p.118).

2.6.Caminho Ético

Por se tratar de uma pesquisa de revisão sistemática bibliográfica não foi necessária ser submetida à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP) /COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP) do Ministério da Saúde, segundo a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que considera as questões de ordem ética, pois a pesquisa utilizou-se de dados secundários.

CAPÍTULO 3

Resultados e Discussão

Após a seleção de todas as revistas na área de Saúde Coletiva que contemplassem sua classificação nos estratos A1, A2, B1 e B2, foi realizada a filtragem dos artigos, usando unicamente o descritor “**aborto**” e filtrando apenas os artigos dos anos de 2010 ao mês de fevereiro do ano de 2015. A filtragem levou ao resultado de cinco (5) revistas e trinta e dois (32) artigos que foram analisados em sua plenitude, os quais têm distintos contextos relativos ao tema aborto. A tabela 1 apresenta às revistas selecionadas, e sua classificação quanto aos estratos, foram selecionadas apenas as revistas nacionais.

Tabela 1. Revistas de Saúde Coletiva e Classificação

ISSN	Nome da Revista	Classificação
0102 311X	Cadernos de saúde pública	A2
0034-8910	Revista de Saúde Pública	A2
1678-4561	Ciência & Saúde Coletiva	B1
1414-3283	Interface	B1
0103-7331	Physis	B1

Fonte: elaboração própria.

Com a filtragem realizada, segmentou-se cada revista com seus respectivos artigos, com o intuito de se visualizar os aspectos em relação ao aborto que cada artigo abordava. Os artigos foram divididos em cinco tabelas de acordo com sua revista; tabela 2. Caderno de Saúde Pública; tabela 3. Revista de Saúde Pública; tabela 4. Ciência & Saúde Coletiva; tabela 5. Interface; e a tabela 6. Physis. O ano ao lado de cada artigo refere-se ao seu ano de publicação, pois também se tem por objetivo conhecer o ano em que mais se publicou artigos sobre aborto nos últimos cinco anos, ou seja, entre os anos 2010-2015.

Tabela 2. Cadernos de Saúde Pública

Cadernos de Saúde Pública		
Nº artigos	Título	Ano
1	Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal	2015
2	Avaliação da qualidade da atenção ao aborto: protótipo de questionário para usuárias de serviços de saúde	2014
3	Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens	2011
4	O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres	2011
5	Magnitude do aborto inseguro em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2006	2011

Fonte: elaboração própria.

Tabela 3. Revista de Saúde Pública

Revista de Saúde Pública		
Nº artigos	Título	Ano
1	Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública	2011
2	Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros	2010

Fonte: elaboração própria.

Tabela 4. Ciência & Saúde Coletiva

Ciência & Saúde Coletiva		
Nº artigos	Título	Ano
1	Aborto e Contracepção, histórias que ninguém conta.	2015
2	Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil	2012
3	O enquadramento do aborto na mídia impressa brasileira nas eleições 2010: a exclusão da saúde pública do debate	2012
4	Cytotec e Aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres	2011
5	Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo	2012
6	Aborto e misoprostol: usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica	2012
7	Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres?	2012
8	Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães	2012
9	Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia	2012
10	Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina – Piauí	2012
11	Aborto induzido: uma comparação entre mulheres casadas e solteiras residentes na cidade de São Paulo em 2008	2012
12	Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil	2012

13	Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro – Brasil	2012
14	“Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!”: revisitando dados etnográficos sobre a disseminação de práticas abortivas em populações de baixa-renda no Brasil	2012
15	Dos fetos engolidos e escondidos: um comentário sobre o apoio de parteiras ribeirinhas ao aborto	2012
16	As consequências jurídicas e sociais da manutenção da criminalização do aborto	2012
17	Comentários ao artigo: itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras	2012
18	Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil)	2011
19	Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna	2010

Fonte: elaboração própria.

Tabela 5. Interface

Interface		
Nº artigos	Título	Ano
1	Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde	2014
2	“Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil	2013
3	À sombra do aborto: o debate social sobre a anticoncepção de emergência na mídia impressa brasileira (2005-2009)	2012
4	Estratégias retóricas na controvérsia moral sobre a legalização do aborto: o caso da anencefalia no Brasil	2012

Fonte: elaboração própria.

Tabela 6. Physis

Physis		
Nº artigos	Título	Ano
1	Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres	2014
2	Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade	2013

Fonte: elaboração própria.

Com a divisão de cada revista com seus respectivos artigos foi possível realizar uma classificação por temas nos artigos de Saúde Coletiva nos últimos cinco anos 2010-2015, gerando assim onze (11) categorias como resultado, as quais serão apresentadas segundo os artigos científicos sendo elas:

1. Violência Sexual;
2. Avaliação de Serviço;
3. Medicamentos;
4. Aborto e Brasil: dados/ estatísticas;
5. Objeção de Consciência;
6. Aborto e Lei;
7. Processo decisório feminino;
8. Aborto e Profissionais;
9. Práticas abortivas;
10. Aborto e Mídia;
11. Gênero e Aborto.

1. Violência Sexual

Com o levantamento e a classificação dos temas foram obtidos dois (2) artigos sobre o tema da violência em relação ao aborto: o artigo **“Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal”**, publicado em 2015 e o artigo **“Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens”** publicado em 2011, que faziam referência à violência sexual, suas consequências e sobre os sentimentos das mulheres nessas situações.

O artigo “Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal” apresenta a violência sexual também como uma questão de saúde pública, pois quando sofrida tal violência, as mulheres podem desencadear uma série de problemas de saúde tais como “transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, somatizações, tentativas de suicídio e uso de substâncias psicoativas, além de estarem expostas a contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a terem uma gravidez indesejada” (MACHADO; FERNANDES; OSIS; MAKUCH, 2015, p. 346).

A gravidez como resultado de uma violência sexual tem respaldo por lei, à interrupção dessa gravidez perante a lei é permitida, fato que muitas mulheres ainda desconhecem. Como também, ainda hoje muitas mulheres desconhecem a existência do “Programa de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual”. Para algumas mulheres a experiência de passar por um momento de violência e tão “impactante” que abala sua capacidade de “buscar qualquer forma de ajuda” (MACHADO; FERNANDES; OSIS; MAKUCH, 2015, p. 348).

As mulheres só descobrem a existência do “Programa de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual”, quando a consequência da violência sofrida é uma gravidez não desejada. No momento do “desespero” e na tentativa de sanar tal situação, pensaram em tudo, até em recorrer ao aborto clandestino, encontram-se na “ambivalência” em relação em ser a melhor decisão e o momento doloroso pela qual tenderiam a passar (MACHADO; FERNANDES; OSIS; MAKUCH, 2015, p. 348).

Recorrem aos meios que podiam, buscaram centros de saúde por informações sobre como proceder diante da situação, onde encontraram assistentes sociais e médicos que as encaminharam aos serviços de referência, outras optaram por um trajeto solitário recorrendo a informações por meio da internet, há ainda aquelas que receberam informações por intermédio de terceiros (MACHADO; FERNANDES; OSIS; MAKUCH, 2015, p. 348-349).

Muitas disseram que esconderiam a violência se não tivessem engravidado, por “vergonha e medo” dos julgamentos. Segundo Machado et al. (2015, p.351), “o amparo necessário para as mulheres que necessitam da interrupção legal por motivo de violência sexual depende da informação de diferentes profissionais e da sociedade em geral com relação às políticas públicas”. Segundo o autor com um olhar mais humanizado para esse momento, é possível torna-lo um pouco menos doloroso (MACHADO; FERNANDES; OSIS; MAKUCH, 2015, p. 351).

Setores na sociedade, como profissionais de delegacia que deveriam ajudar as mulheres nos casos de uma gravidez como consequência de uma violência sexual desconheciam os procedimentos que deveriam ser realizados para conseguir um atendimento nos centros de referência às informações cedidas foram precárias (MACHADO; FERNANDES; OSIS; MAKUCH, 2015, p. 349). Mulheres que conseguiram chegar aos centros de referência se sentiram vitoriosas, pois “a descoberta da possibilidade da interrupção da gestação desencadearam sensações de conforto e alívio” (MACHADO; FERNANDES; OSIS; MAKUCH, 2015, p. 348-349). Ao mesmo tempo em que relataram estarem pensando que seu ato era errado, devido à recriminação social que recebiam, “o mal-estar pela escolha que estavam fazendo”. (MACHADO; FERNANDES; OSIS; MAKUCH, 2015, p. 350).

“A atitude delas de não procurar ajuda imediatamente após o abuso deve-se, principalmente, ao comprometimento emocional causado pelo trauma da violência sexual, ao desejo de escondê-la”, por sentimento de culpa e medo de serem julgadas, diante de uma sociedade que se volta “a responsabilizar a mulher que sofre violência sexual como provocadora/culpada desta situação, em vista de algum comportamento ou atitude classificada como imprópria (MACHADO; FERNANDES; OSIS; MAKUCH, 2015, p. 350).

O artigo **“Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens”** (2011), apontou que:

O fato de as mulheres reconhecerem a agressão de que foram vítimas de violência, especialmente quando o agressor é o parceiro íntimo, traz consigo todas as implicações psicossociais [...]. Além disso, essa dificuldade impede que elas procurem assistência jurídico-policial, representando um obstáculo para a transformação da situação (PILECCO; KNAUTH; VIGO, 2011, p.436).

A coerção sexual não pode ser definida exclusivamente pela consumação do ato sexual, coerção envolve “atos de violência física” e “simbólica”, atos de constrangimento, ou a obrigação de práticas sexuais contra a vontade da mulher (PILECCO; KNAUTH; VIGO, 2011, p.428). Nos casos em que a coerção aconteceu por parte dos parceiros íntimos a

sociedade entendeu como uma obrigação e não como uma violência o que tornou uma dificuldade para a mulher realizar uma denúncia de violência, mesmo a violência sendo recorrente (PILECCO; KNAUTH; VIGO, 2011, p.436). Outros fatores que também podem estar ligados a mulher se manter em silêncio são os de “ordem econômica” como a dependência do parceiro ou dos pais, “social” pela condenação onde a vítima passa a ser a transgressora e “cultural” onde o silêncio é melhor (PILECCO; KNAUTH; VIGO, 2011, p.436).

Segundo Pilecco et al. (2011,p.436) o silêncio pode contribuir “para aumentar a vulnerabilidade das jovens”. Essa vulnerabilidade se refere à coerção sexual e aborto. Por falta de crédito a tal situação, uma política voltada ao tema coerção sexual e recursos “educativos, jurídicos e de saúde” poderiam contribuir na ruptura das situações de coerção e na “prevenção contra novas ocorrências”, e assim diminuir ou até mesmo extinguir essa vulnerabilidade, pois, a vulnerabilidade das mulheres jovens se dá tanto no “comportamento individual” quanto nos “determinantes sociais” (PILECCO; KNAUTH; VIGO, 2011, p.436).

Um dado significativo apresentado na pesquisa de Pilecco, et al., (2011,p.435), e que nos faz refletir sobre a questão ao aborto e a coerção sexual, e que o aborto foi praticado, com maior frequência pelas “classes socioeconômicas mais elevadas. Tendo sido esse estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul, no estado do Rio de Janeiro e no estado da Bahia. Indica que para as classes socioeconômicas mais elevadas uma gravidez não desejada por mulheres jovens significaria uma interrupção ou um retardamento dos seus trajetos e projetos podendo ser escolares, profissionais ou ambos (PILECCO; KNAUTH; VIGO, 2011, p.435).

Ambas as pesquisas apontaram a violência sexual como um problema de saúde pública. Podemos concluir a partir do contexto que se apresentou em ambos os artigos, que além da violência sofrida a mulher é “obrigada” a levar sobre si “a vergonha, o sentimento de culpa, a humilhação e o medo de represálias”. Não buscar ajuda imediatamente reflete a vontade de esquecer o evento, as mulheres que procuraram imediatamente ajuda foram apenas aquelas cujos danos físicos foram tão graves a ponto de terem necessidade de serem internadas. O medo do descrédito, ao contar para alguém da violência e outro sentimento que assombra as mulheres que sofreram violência sexual, principalmente quando o autor da violência é o seu parceiro íntimo “tornam uma barreira para iniciar conversas sobre o assunto” para essas mulheres (PILECCO; KNAUTH; VIGO 2011, p.436).

2. Avaliação de Serviço

Quanto ao tema Avaliação de Serviço foram encontrados três (3) artigos sendo eles:

- Avaliação da Qualidade da Atenção ao aborto: protótipo de questionário para usuárias de serviços de saúde (Aquino et al.,2014);
- Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade (Rocha e Uchoa, 2013);
- Qualidade da atenção ao aborto no Sistema único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? (Aquino, et al.,2012).

Esses artigos apresentaram que, no Brasil, as pesquisas sobre a atenção da qualidade do serviço em relação ao aborto inseguro são escassas. Aquino et al. (2014, p.2006) aponta que: - “A qualidade da atenção foi investigada tendo por referência o quadro ético-normativo da assistência integral à saúde das mulheres e ao abortamento em particular”(AQUINO, et al.,2014,p.2006). Segundo os autores são as dimensões essenciais para entenderem como se dá o “acolhimento e orientação as mulheres, a qualidade técnica do cuidado a continuidade da atenção e insumos/ ambiente físico” (AQUINO, et al.,2014,p.2006).

Quando avaliada a satisfação da mulher referindo-se ao atendimento, suas respostas pareceram ser reflexos de “situações passadas”, “vivenciadas por outras mulheres” ou ainda uma “expectativa das usuárias”. Quanto ao procedimento do “esvaziamento uterino”, as mulheres passaram sedadas, o que dificultou falarem como foi realizado e sobre a assistência recebida por parte dos profissionais durante o procedimento (AQUINO, et al.,2014,p.2006).

A informação é um dado que passa pela influência memória, então depende das “condições de rememoração” da mulher para dizer como obteve acesso ao procedimento. Esse tipo de entrevista sobre a avaliação é apontada como um momento que deveria ser realizado “fora do ambiente hospitalar”, pois logo após passarem pelo procedimento, pode acontecer das respostas sofrerem um “viés de gratidão”. Aponta-se que há uma dificuldade de serem realizadas em outros ambientes, devido ao obstáculo de se encontrar essas mulheres e isso representaria perdas (AQUINO, et al.,2014,p.2006).

Rocha e Uchoa (2013, p.113) descrevem que “são poucas as investigações que avaliam especificamente a qualidade da atenção ao abortamento dentro dos marcos legais, éticos e políticos da Norma da Atenção Humanizada ao Abortamento” (ROCHA, UCHOA, 2013, p.113). “Ao trabalhar com avaliação de políticas de humanização, é importante destacar

que seus indicadores devem não somente dimensionar mudanças nos quadros de saúde-doença, mas também questões envolvidas no próprio processo de trabalho em saúde” (ROCHA, UCHOA, 2013, p.113).

Para a avaliação do serviço é preciso que algumas estratégias sejam realizadas, segundo Rocha e Uchoa (2013, p.119):

A Atenção Humanizada ao Abortamento propõe estratégias de expansão do acesso e melhoria da qualidade da atenção ao pós-abortamento. O marco conceitual é composto por cinco elementos essenciais: atenção clínica adequada a padrões éticos e legais, visando promover maior conhecimento pelos profissionais de saúde das questões jurídicas relacionadas ao abortamento no Brasil, acolhimento e informação como elemento essencial para uma atenção humanizada ao pós-abortamento, por responder às necessidades da mulher, seja ela de caráter emocional, social ou física; prática integrada com as outras clínicas de atenção à saúde da mulher, como tratamento o de esterilidade, atenção às adolescentes, prevenção de HIV/Aids, dentre outros; garantia do planejamento reprodutivo no pós-abortamento, parceria entre comunidade e profissionais de saúde, a fim de contribuir para mobilizar recursos, de forma a prevenir gestações indesejadas e atender às necessidades da população feminina adstritas aos serviços de saúde (ROCHA, UCHOA, 2013, p.119).

Com todo esse aparato que norteiam a norma da humanização se estende à avaliação, quanto à qualidade da atenção e serviços prestados, pois o programa de Atenção Humanizada ao Abortamento “apresenta definição clara e coerente de suas metas, objetivos, operacionalização e recursos” (ROCHA, UCHOA, 2013, p.119,123). O principal seria avaliar como a mulher foi acolhida nesse momento, mas um obstáculo que aparece para o acolhimento e a demanda a falta de articulação entre os envolvidos da rede dos “serviços do SUS”. A estrutura também é apontada como um quesito para avaliação (ROCHA, UCHOA, 2013, p.124).

Quando os serviços foram avaliados pelas mulheres no nordeste, apareceram dados como: “Em relação à privacidade, as mulheres declararam não ter sentido constrangimento pela presença de pessoas durante o exame pré-procedimento”, porém, “235 mulheres [...] declararam sentir-se discriminadas, dentre as quais 67,6% em razão da suspeita ou certeza de que o aborto foi provocado” (AQUINO, et al.,2012,p.1770).

“Frequentemente, as mulheres não tiveram assegurado o direito à informação sobre o procedimento de esvaziamento uterino” (AQUINO, et al.,2012,p.1770). Quando avaliado a questão dos insumos durante a internação informaram ter sido suficiente a troca de roupa e o fornecimento de absorventes; ter recebido roupa do tamanho adequado, além de ter sido excelente ou boa a limpeza do ambiente, mas não em todas as cidades “proporção expressiva

das usuárias, especialmente em São Luís não se sentiu satisfeita ao menos em parte das vezes que precisou (AQUINO, et al.,2012,p.1770).

Informação é um diferenciador em muitas ocasiões, mulheres em trabalho de parto cesáreo em sua maioria são informadas como esse procedimento ocorrerá durante o parto segundo estudos, não sendo de mesma conduta quando são com mulheres em processo de aborto, parece não ser importante para os profissionais oferecer informações a essas mulheres a respeito das escolhas que elas podem realizar para o procedimento, já que essas optaram pelo aborto (AQUINO, et al.,2012,p.1772).

Para Aquino et al.(2012,p.1774):

A avaliação deve ser entendida como ferramenta para tomada de decisões. No Brasil, assim como em outros países onde não se tem acesso ao aborto seguro, a atenção pós-aborto deve no mínimo salvar vidas e criar oportunidades para prevenir futuras gravidezes não pretendidas com o acesso a aconselhamento e insumos para o planejamento reprodutivo (AQUINO, et al.,2012,p.1774).

Todos os artigos apontaram que ainda “são insuficientes os estudos sobre a qualidade da atenção recebida nos hospitais pelas mulheres que abortam”. E que nas avaliações a satisfação das usuárias quanto ao serviço e o dado que deve prevalecer, pois representaria que Atenção e a Qualidade dos serviços estariam em conformidade com os termos legais e com a atenção a qualidade que deve ser prestada pelo SUS (AQUINO, et al.,2012,p.1766).

3. Medicamentos

Em relação ao tema medicamentos foram encontrados quatro (4) artigos sendo eles:

- Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo (Arihla, 2012);
- Aborto e misoprostol: usos médicos, práticas de saúde e controvérsias científica (Corrêa,Mastrella,2012);
- Cytotec e Aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres (Diniz e Madeiro, 2011);
- O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres (Diniz e Castro, 2011).

Foi tratado quanto o uso de medicamentos utilizados por mulheres em busca de um aborto com menores custos e riscos, eficaz e reservado. O misoprostol tem comprovada eficácia. Através de estudos científicos realizados, ao utilizá-lo em tempo hábil e usado de

forma correta seu resultado e eficaz, ou seja, tem a capacidade de indução ao aborto. Porém esse medicamento está sob controle da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e seu uso está restrito ao ambiente hospitalar com “uso limitado a indicações obstétricas selecionadas” (ARILHA, 2012, p.1786).

Segundo Corrêa e Mastrella (2012, p.1778):

O misoprostol é um princípio ativo farmacêutico desenvolvido no contexto de pesquisas e testes para tratamento e prevenção de úlceras gastroduodenais. Posteriormente, foi empregado como ocitócito, ou seja, como estimulante uterino que induz contrações e o alargamento do colo uterino. Ao longo do tempo, foi comprovado um uso estável, seguro, eficaz, barato e de fácil administração na área obstétrica. Suas indicações incluem: indução do trabalho de parto, prevenção e tratamento de hemorragias obstétricas, término de processos de abortamento precoce e cuidado pós-aborto. É utilizado, também, como indutor na interrupção da gestação (aborto medicamentoso), isoladamente ou em associação a outros análogos das prostaglandinas e/ou à mifepristona (CORRÊA, MASTRELLA, 2012, p.1778).

O uso de medicamento na prática abortiva tem sido “fartamente pesquisado desde os anos 80, e sua eficácia vem sendo difundida globalmente” (ARILHA, 2012, p.1786). O misoprostol “vem se mostrando um dos melhores produtos para o abortamento, em qualquer época da gravidez” (ARILHA, 2012, p.1786).

Segundo Arilha (2012,p.1789) “o processo de decisão de compra do misoprostol ocorre por iniciativa das mulheres, que procuram apoio em diversas fontes de informação e buscam uma aproximação ao medicamento de forma ativa”, porém na maioria das vezes a compra e realizada por seus parceiros (ARILHA, 2012, p.1789).

Arilha (2012, p.1787) salienta ainda que apesar da restrição do misoprostol:

jovens e mulheres realizam aborto com misoprostol por meio de acesso irregular ao mesmo, comprando-o no mercado paralelo, submetendo-se a utilizar medicamentos falsificados, com pouca ou nenhuma informação sobre as indicações de uso e nem sobre as formas de administração da droga, colocando em risco sua saúde reprodutiva(ARILHA, 2012, p.1787).

A controvérsia que paira sobre o uso do misoprostol é que ele causa deformações congênitas como a “Síndrome de Moebius” (SM) que é “caracterizada como um quadro de paralisia, de origem congênita, de dois pares de nervos cranianos. Em sua manifestação clínica mais comum, o indivíduo apresenta estrabismo convergente (que e o olho para dentro, para o lado nasal) e tem expressão facial pobre” (ARILHA, 2012, p.1789).

Estudos tentaram apontar que havia ligação relacionada às mulheres que utilizavam o misoprostol, com as mulheres as quais seus filho nasciam com malformações congênitas,

cientificamente não comprovados. Quanto ao uso do misoprostol como indutor ao aborto tem se apresentados muitos artigos destacando seus benefícios quando utilizado de maneira segura (ARILHA, 2012, p.1782-1783).

Embora seja comprovada a eficácia medicamentosa ao aborto com o uso do misoprostol Diniz e Castro (2011, p.100) asseveram que “as histórias de vida de mulheres que abortaram com medicamentos são ainda pouco conhecidas no universo dos estudos sobre aborto inseguro no Brasil”. Pode-se dizer que esse fato procede do quadro ilegal que envolve os personagens, tanto a mulher na busca pelo medicamento, quanto ao vendedor do medicamento (DINIZ, CASTRO, 2011, p.100). Sobre a comercialização desse medicamento, Diniz e Medeiros (2011, p.1802) estabelecem que a prática de comercialização do misoprostol são “dominado por homens, seja como vendedores ou fornecedores” (DINIZ, CASTRO, p.1802).

O Cytotec como conhecido pelas mulheres no comércio mudou todo um cenário de “saberes e práticas abortivas”, mesmos com toda a proibição da anvisa a venda de remédios que fossem utilizados o princípio ativo misoprostol com exceção do Prostokos, o cytotec teve êxito, no sentido em que as mulheres o buscam diariamente para a prática de aborto (DINIZ, MEDEIROS, 2011, p.1776).

“Há dois percursos típicos para o aborto”, envolvendo a mulher o vendedor e a polícia. “No primeiro, a mulher faz uso do Cytotec com conhecimento de seu marido ou namorado”. Seus parceiros concordam com a prática, muitas vezes são os intermediários em relação à compra do medicamento. “O vendedor é geralmente alguém da comunidade, que comercializa o misoprostol na própria farmácia ou nas suas proximidades” (DINIZ, MEDEIROS, 2011, p.1802). “Ela finaliza o aborto em um hospital público, quando é denunciada à polícia e tem início o inquérito policial”. Esse trecho define o medo, insegurança das mulheres em buscarem por ajuda na ocorrência de um aborto mal-sucedido, pois as denúncias são feitas muitas vezes pelos próprios médicos e quando não alcançam ajuda ou chegam tardiamente nos hospitais a consequência pode gerar a morte dessas mulheres (DINIZ, MEDEIROS, 2011, p.1798).

Todos os artigos apresentaram o misoprostol como um medicamento eficaz ao aborto. “Ao longo do tempo, foi comprovado um uso estável, seguro, eficaz, barato e de fácil administração” (CORRÊA, MASTRELLA, 2012, p.1778). “Estudos brasileiros na área da saúde pública evidenciaram que o recurso ao misoprostol é hoje, o principal meio para se

induzir aborto em mulheres no país. Em função do quadro restritivo legal que criminaliza o aborto voluntário” (CORRÊA, MASTRELLA, 2012, p.1778). Devido a restrições por lei o acesso a esse medicamento trouxe como consequência um “grande desafio à saúde pública”, principalmente no que se refere à adulteração do medicamento e o uso incorreto como subdoses praticado por falta de informação pelas mulheres, fatos que ficaram evidentes nesses artigos (DINIZ, MEDEIROS, 2011, p.1796).

4. Aborto e Brasil: dados/ estatísticas

Apresentaram-se quatro (4) artigos referentes ao tema Aborto e Brasil: dados/ estatísticas, sendo eles:

- Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil (Nunes; Madeiro, Diniz, 2012);
- Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro-Brasil (Heilborn, et al.,2012);
- Magnitude do aborto inseguro em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2006 (Mello; Sousa, Figueroa, 2011);
- Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna (Diniz, Medeiros, 2010).

Segundo Nunes, Madeiro e Diniz (2012, p.2312), “Há poucos dados sobre a magnitude do aborto provocado no Brasil, principalmente em decorrência do contexto restritivo legal” (NUNES; MADEIRO, DINIZ, 2012, p.2312). Quando se refere a adolescentes segundo Nunes et al (2012), os estudos são insuficientes por terem que atender exigências, autorização dada pelos pais ou responsável esse processo dificulta bastante a pesquisa com esse grupo (NUNES; MADEIRO, DINIZ, 2012, p.2312).

O artigo “Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil” expôs a questão do “aborto provocado entre 30 adolescentes internadas para realização de curetagem uterina em Teresina, a quarta capital do país com pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)” (NUNES; MADEIRO, DINIZ, 2012, p.2312). Os perfis dessas adolescentes foram registrados como “adolescentes com menos de 18 anos, solteiras, pardas e negras, urbanas, que moravam com a família nuclear. A maioria das jovens tinha escolaridade inferior à esperada para a idade” (NUNES; MADEIRO, DINIZ, 2012, p.2313).

As adolescentes, em sua maioria, 97%, segundo a pesquisa realizada por Nunes, et al. (2012 p.2314) informaram utilizar o cytotec para induzirem o aborto. Mas somente algumas contaram aos profissionais no momento da curetagem “as que omitiram ou negaram o aborto justificaram-se pelo receio de sofrer discriminação, ameaça de denúncia ou exposição perante outras pessoas” (NUNES; MADEIRO, DINIZ, 2012, p.2316). “Para as adolescentes, ir ao hospital seria o estágio final do ciclo do aborto, iniciado com o atraso menstrual. Muitas delas não cogitaram a possibilidade de finalizar o aborto sem assistência médica” (NUNES; MADEIRO, DINIZ, 2012, p.2316). As “adolescentes descrevem esse itinerário como solitário, arriscado e incerto” (NUNES; MADEIRO, DINIZ, 2012, p.2316).

Para Heilborn, et al.,(2012,p.1704) os “itinerários bastante sinuosos para conseguir a interrupção da gravidez e com diversas consequências decorrentes estão presentes nos relatos de moças populares que se situam em posições de maior vulnerabilidade social” (HEILBORN, et al.,2012,p.1704).

Segundo os pesquisadores os itinerários pelos quais as mulheres passam são muitos “Misoprostol, ervas caseira, maus tratos no sistema público de saúde e possível esterilidade compõem um itinerário particularmente doloroso, mas não de exceção, entre as camadas populares” (HEILBORN, et al.,2012,p.1706).

O artigo “Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro-Brasil” (2012), faz alusão ao processo em busca da interrupção de gravidez por mulheres pobres, quando para tais mulheres as consequências são sempre piores e mais difíceis devido as restrições da lei (HEILBORN, et al.,2012,p.1706).

Segundo a autora,

As desvantagens econômicas e sociais as impelem a recorrer a “curiosas” – mulheres que moram em locais periféricos da cidade ou em comunidades faveladas e que usam “um líquido”, “botam uma sonda” e depois o “neném sai”. Estes abortos, em geral, são feitos de forma escondida de familiares e/ou parceiros, mas com o auxílio de amigas (HEILBORN, et al.,2012,p.1706).

Na pesquisa de Diniz e Medeiros (2010, p.964) “o aborto é tão comum no Brasil que, ao completar quarenta anos, mais de uma em cada cinco mulheres já fez aborto” (DINIZ, MEDEIROS, 2010, p.964). O processo de abortamento ocorre no período reprodutivo da mulher o qual foi classificado por Diniz e Medeiros entre os 18 e 29 anos. (DINIZ, MEDEIROS, 2010, p.964).

As mulheres com um grau de escolaridade menor tendem a serem as mais representativas nos índices de abortamento nos últimos anos, as mulheres tem recorrido mais aos medicamentos como forma de indução e as que não conseguem alcançar esse método, o realiza nas condições mais desumanas possíveis (DINIZ, MEDEIROS, 2010, p.964). O fato é que essas mulheres não têm condições econômicas para criar uma criança, ou mais, quando essas já têm outros filhos. Muitas não estão contadas na magnitude de aborto no Brasil, devido a não serem atendidas pelo SUS.

Podemos encontrar dados a respeito da magnitude do abortamento no Brasil, segundo Mello, et al., (2011,p.89):

Apenas com os dados obtidos número de registros de internações hospitalares por suas complicações, porém esses dados apresentam uma grande quantidade de sub-registros, já que o SIH/SUS só tem abrangência para os casos com acesso aos serviços públicos de saúde, excluindo as pessoas que não tiveram acesso ao SUS, as que tiveram e não foram internadas e as internadas na rede privada de saúde (MELLO; SOUSA, FIGUEROA, 2011, p.89, grifo nosso).

Na pesquisa de Mello et al., (2011,p.87) é apresentado que apesar das restrições que a lei impõe quanto ao aborto, não tem sido empecilho para que sua prática continue acontecendo em distintas classes sociais e em diferentes estados brasileiros (MELLO,SOUSA, FIGUEROA,2011,p.87). O estudo estimou a magnitude de abortos inseguros, segundo nascidos vivos em Pernambuco de 1996 a 2006. “Ao falar sobre aborto inseguro é preciso antes de tudo relatar a complexidade de se mensurar sua ocorrência, pois o aborto, salvo nos casos previstos em lei, é crime no nosso país o que dificulta sua notificação” (MELLO, SOUSA, FIGUEROA, 2011, p.89).

Em Pernambuco foi apontado um “alto número de internações hospitalares em consequência do aborto em toda extensão do estado” (MELLO, SOUSA, FIGUEROA, 2011, p.91). A média mensal para o estado de Pernambuco é “de 4.705 abortos inseguros e a média diária de 157”. Dados coerentes com as estimativas “para o Brasil com 87.854 abortos por mês e 2.929 por dia” (MELLO, SOUSA, FIGUEROA, 2011, p.91). Esse dado nos pede muita atenção por sua grandiosidade e pouca pesquisa e prática de saúde em tais casos.

Na década passada observou-se em Pernambuco que os abortos legais em hospitais públicos aumentaram, ligou-se esse dado a abertura que aconteceu na nossa legislação quando em 1998 “passaram a considerar certas malformações congênitas” sendo aceitáveis para a realização do aborto legalizado, assim se abrangeu mais opções para a realização do aborto (MELLO, SOUSA, FIGUEROA, 2011, p.91).

Todos os artigos apontaram que “o risco do aborto inseguro não se distribui igualmente entre a população feminina em idade fértil no país, e é uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil” (HEILBORN, et al.,2012,p.1700) . A lei não tem sido suficiente para coibir a prática do aborto ao contrário devido a sua criminalização leva as mulheres ao cenário inseguro (MELLO, SOUSA, FIGUEROA, 2011, p.87). E as mulheres menos favorecidas economicamente são as mais punidas na prática do abortamento. (DINIZ, MEDEIROS, 2010, p.964).

5. Objeção de Consciência

Referido à Objeção de Consciência foram obtido como resultado apenas um (1) artigo sendo ele:

- Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública (Diniz, 2011).

Este artigo tratou da objeção de consciência por parte dos médicos apresentando no cenário dos abortos realizados de forma legalizada no Brasil. Utilizou-se de três (3) teses: “incompatibilidade”, “integridade” e “justificação” (DINIZ, 2011, p.981).

A objeção de consciência é definida como “dispositivo normativo de códigos profissionais e de políticas públicas que visa proteger a integridade de pessoas envolvidas em uma situação de conflito moral” (DINIZ, 2011, p.982). Seria o dispositivo que garantiria a proteção das convicções morais do indivíduo, em que de certa forma ele estaria isento de atos que acredita não serem moralmente certos em se proceder, embora esse procedimento seja oficializado por lei (DINIZ, 2011, p.982).

No caso do médico se negar a realizar um aborto ou se negar a atender uma mulher que deseje tal procedimento, em razão de suas convicções pessoais, este disposto o isentaria de sua responsabilidade (DINIZ, 2011, p.982).

Diniz (2011, p.982), aponta que:

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 tema é referido diretamente aos médicos, devido ao aborto legalizado ser um “prática exclusiva da medicina” (DINIZ, 2011, p.982). De acordo com o Código Penal, não há punição para a mulher nem para o médico nos casos de estupro ou em que a mulher esteja correndo risco de morrer (DINIZ, 2011, p.982).

“No entanto, presume-se que ele seja realizado em hospitais públicos pela organização do modelo de assistência em torno da equipe multiprofissional e pelo fato de a Portaria 1.508/2005, do MS, regulamentar a assistência ao aborto legal no âmbito do SUS” (DINIZ, 2011, p.982).

Porém, em hipótese nenhum um médico pode negar atendimento devido a desconfianças não lhe cabe o papel de realizar julgamentos presente a uma mulher que necessite de um atendimento rápido ou até mesmo esteja morrendo, isto fere os preceitos normativos (DINIZ, 2011, p.982).

Diniz (2011, p.985) afirma que “O direito à objeção de consciência não é absoluto, e sua solicitação deve resultar da acomodação entre direitos e valores razoáveis para uma sociedade justa, com danos mínimos para a mulher que busca atendimento médico” (DINIZ, 2011, p.985).

6. Aborto e Lei

Com o a perspectiva aborto e lei foram encontrados três (3) artigos sendo eles:

- As consequências jurídicas e sociais da manutenção da criminalização do aborto (Machado, 2012);
- Estratégias retóricas na controvérsia moral sobre a legalização do aborto: o caso de anencefalia no Brasil (Ribeiro, Spink, 2012);
- Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros (Duarte; Osis; Faúndes, Sousa, 2010).

No Brasil, o Código Penal estabelece, desde 1940, que o aborto praticado por médico não é punido quando não há outro meio de salvar a vida da gestante ou quando a gravidez for resultado de estupro. “Todos os demais casos são passíveis de punição, com penas que variam de um a dez anos de prisão para a mulher e para a pessoa que realiza o aborto, a qual pode ter a pena dobrada caso ocorra a morte da gestante” (DUARTE, OSIS, FAÚNDES, SOUSA, 2010, p.2).

Segundo Machado, “No Brasil há uma cultura de aceitação das leis, seja por comodismo, seja por imaturidade política ou, em alguns casos, por dogmas de natureza religiosa” (MACHADO, 2012, p.1684). Para os pesquisadores “O aborto é tema recorrente tanto na saúde pública como no meio jurídico” (MACHADO, 2012, p.1684).

Para cada avanço em direito conquistado pela mulher, dois têm retrocedido. Perante a lei o aborto continua sendo um crime salvo as atribuições registradas. Fatos que não são

limitadores para casos que ocorrem em outras circunstâncias e que só degridem a mulher lançando-a para um campo inseguro. Porém isso pode ser mudado no momento em que o Estado Brasileiro entenderem o significado das palavras democrático e laico, concedendo a incorporação dos direitos sexuais nas normas jurídicas (MACHADO, 2012, p.1684).

Nos países desenvolvidos a legislação permite o aborto “para salvar a vida da gestante, preservar a sua saúde física ou mental, quando a gravidez resultou de estupro ou incesto, em casos de anomalia fetal, por razões econômicas ou sociais e por solicitação da mulher” (DUARTE, OSIS, FAÚNDES, SOUSA, 2010, p.2). No Brasil nos casos de razões econômicas ou sociais e por solicitação da mulher não tem respaldo por lei.

Para Ribeiro, Spink (2012, p.37):

A controvérsia pública sobre o aborto nos casos de anencefalia surgiu quando a Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (CNTS), em 16 de junho de 2004, entrou com uma ação no Supremo Tribunal Federal (STF) usando uma ferramenta jurídica chamada Arguição de Descumprimento Fundamental (ADPF-54), que gerou a liminar do Ministro Marco Aurélio Mello autorizando a interrupção da gestação em tais casos.

Com o novo permissivo no caso de anomalias fetais incompatíveis com a vida, é preciso se abranger a sensibilização que até então está restrita apenas aos casos anteriormente previstos por lei por parte dos serviços públicos, percebe-se que essa sensibilização ainda está em percurso. Apresentando-se mais essa permissão é necessário aprender também a lidar com esses novos casos (DUARTE, OSIS, FAÚNDES, SOUSA, 2010, p.2).

Duarte, et al., (2010, p.11) aponta que:

foi possível observar tendência a considerar a necessidade de mudanças na atual legislação brasileira, seja no sentido de ampliar as circunstâncias nas quais não se pune o aborto praticado por médicos, seja mesmo no sentido de deixar de considerar o aborto como um crime, independentemente da circunstância em que é praticado (DUARTE; OSIS; FAÚNDES, SOUSA,2010,p.11).

Todos os artigos inferiram de igual modo sobre a legislação que rege as condições em que o aborto é permitido no Brasil, podem ser vistos como subsídios para alimentar a discussão e a opinião social de vários ângulos acerca das mudanças na legislação, principalmente porque estudos tem reforçado a perspectiva de que existe aceitação para que haja mudança na lei, um dos indicadores e a preocupação com as consequências dos abortos que ocorrem todos os dias de maneira ilegal e insegura em todos os Estados do Brasil (DUARTE; OSIS; FAÚNDES, SOUSA, 2010, p.11).

7. Processo decisório feminino

A respeito do processo decisório feminino foi obtido como resultado o total de cinco (5) artigos sendo eles:

- Aborto e Contracepção, histórias que ninguém conta (Nunes, 2015);
- Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres (Santos, Brito, 2014);
- Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina – Piauí (Madeiro, Rufino, 2012);
- Aborto induzido: uma comparação entre mulheres casadas e solteiras residentes na cidade de São Paulo em 2008 (Silva, Andreoni, 2012);
- Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil (Vilella; Barbosa; Portella, Oliveira, 2012).

Nunes (2015, p.959) aponta que “As mulheres que decidem contar suas experiências falam de uma trajetória tortuosa, muitas vezes com graves riscos à sua saúde” (NUNES, 2015, p.959). Para Santos e Brito (2014, p.1302), “A descoberta de uma gravidez não planejada desperta sensações diversas nas mulheres, imbricadas na aceitação dessa circunstância em suas vidas” (SANTOS, BRITO, 2014, p.1302). Tais fatos ocorrem pela complexidade da situação, do momento vivido por elas, sejam esses momentos ligados, a sua situação econômica ou psicológica (SANTOS, BRITO, 2014, p.1302).

“Todas as emoções negativas, emergentes do conflito instalado diante do desejo de interromper o ciclo gestatório, guardam relação com a censura e os julgamentos morais em torno da prática abortiva” (SANTOS, BRITO, 2014, p.1305). Aspectos que machucam e contribuem para que muitas mulheres se calem deixando que essas emoções contrárias a oprima (SANTOS, BRITO, 2014, p.1305).

No processo decisório feminino aparecem vários aspectos para a afirmação da tomada de decisão da mulher um que ainda e pouco estudado e á respeito das mulheres profissionais do sexo, Madeiro e Rufino (2012, p.1739), aponta que:

O exercício da prostituição pode colocar as mulheres em situações de grande vulnerabilidade pessoal. No entanto, o foco da atenção à saúde das prostitutas esteve quase sempre vinculado à possibilidade de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, sendo encarado como uma importante estratégia para o controle da transmissão do HIV. Questões de saúde sexual e reprodutiva mais ampla, como a oferta de métodos contraceptivos seguros, sempre foram negligenciados tanto em estudos acadêmicos como em intervenções de saúde pública para essa população.

No Brasil, não há dados empíricos sobre o aborto induzido entre profissionais do sexo publicados em periódicos indexados [...] mais da metade das prostitutas entrevistadas em Teresina induziu o aborto pelo menos uma vez ao longo de suas vidas, o que demonstra a magnitude do fenômeno entre elas (MADEIRO, RUFINO, 2012, p.1739).

Para a profissional do sexo pode-se associar o aborto à “escolaridade incompleta, receba pouco pelo trabalho sexual, exibam dificuldade de negociar o uso do preservativo e tenham grande número de gestações não planejadas” (MADEIRO, RUFINO, 2012, p.1742).

Segundo Silva e Andreoni apontam que idade, ser solteira ou casada não são mais fatores decisivos “para a provocação de um aborto” (SILVA, ANDREONI, 2012, p.1732). Apesar de que as mulheres solteiras abortam mais, devido a outros fatores como situação financeira, estudantes em busca de uma situação estável (SILVA, ANDREONI, 2012, p.1732).

As mulheres com HIV também tenderiam ao aborto, os resultados mostram que para algumas a infecção foi o principal motivo de interrupção da gravidez, enquanto que para outras estiveram referidos a outras circunstâncias da vida. A decisão de abortar após o diagnóstico da infecção pelo HIV não é igual para todas as mulheres, e é influenciada pelo momento do diagnóstico e os demais aspectos da vida, como a relação com o parceiro, à inserção de trabalho e o suporte familiar contam muito na tomada da decisão (VILELLA; BARBOSA, PORTELLA, OLIVEIRA, 2012, p.1710-1711).

Ainda outro ponto a se pensar segundo Vilella et al.,(2012,p1717):

Deste modo, compreender as decisões de mulheres vivendo com HIV/Aids relacionadas ao aborto, exige pensar que as escolhas reprodutivas daquelas que ultrapassam o nível da decisão individual, envolvendo os valores culturais relacionados à maternidade, os valores morais em relação ao aborto e ainda às circunstâncias específicas da infecção e da gravidez. Prosseguir ou não com esta depende mais do que apenas da vontade de ter filhos num dado momento da vida, mas também das possibilidades de arcar com as responsabilidades de ter uma criança, considerando as repercussões da infecção sobre a sua própria vida, as chances de prevenir a transmissão vertical do vírus, o suporte dos serviços de saúde, e ainda o apoio que pode ter do parceiro ou da família (VILELLA; BARBOSA; PORTELLA, OLIVEIRA, 2012, p.1717).

O processo decisório feminino leva em consideração a circunstância vivida por cada mulher, o que mais apareceu nos artigos. Embora todas sejam mulheres a prática se dá em momentos distintos para cada uma, e o sentimento que prevaleceu nessas mulheres foi o desejo da interrupção segura (VILELLA; BARBOSA; PORTELLA, OLIVEIRA, 2012, p.1717).

8. Aborto e Profissionais

Em relação ao tema Aborto e Profissionais foram classificados três (3) artigos, sendo eles:

- Profissionais de Saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde (Lemos, Russo, 2014);
- Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães (Farias, Cavalcanti, 2012);
- Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia (Zordo, 2012).

“A condição de ilegalidade do aborto no país, além de todas as consequências danosas para a vida e a saúde das mulheres, também influi negativamente sobre os serviços de saúde” (FREITAS, CAVALCANTI, 2012, p.1756).

Na pesquisa realizada por Lemos e Russo (2014, p.309), em uma capacitação profissional em saúde foi observado “de forma geral, o discurso predominante foi contrário à prática do aborto, via argumentos de natureza religiosa e/ou moral, sobretudo no momento das atividades em grupo” (LEMOS, RUSSO, 2014, p.309).

“A ambivalência, a relativização, ou, até mesmo, a flexibilidade frente ao tema fizeram-se presentes nos discursos de algumas informantes ao se referirem ao risco a que as mulheres se expõem pela proibição deste procedimento” (LEMOS, RUSSO, 2014, p.309). Os profissionais de saúde “deduzem ser preciso rever a legislação, para ampliar os casos permitidos por lei, além de reconhecerem tratar-se de um problema de saúde pública” (LEMOS, RUSSO, 2014, p.309).

Freitas e Cavalcanti (2012, p.1762), apontam 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 (FREITAS, CAVALCANTI, 2012, p.1762).

“A atenção ao aborto legal no Brasil deve estar pautada nos seguintes princípios éticos que orientam os profissionais de saúde: a concepção de autonomia do paciente, a beneficência, a probidade e a justiça”. Em uma situação de violência sexual, são esses

preceitos que regem. Os profissionais de saúde devem observar que as feridas em uma mulher vítima de abuso sexual não são somente físicas, mas o abuso “também a abala psicologicamente” (FREITAS, CAVALCANTI, 2012, p.1756).

Mesmo havendo “um recente crescimento no número de serviços de aborto legal em nível nacional”, tem se observado “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” (FREITAS, CAVALCANTI, 2012, p.1761). Frente à resistência podem ser considerada a “desconfiança em relação à história contada pelas usuárias durante o atendimento, à insegurança e ao receio que os profissionais possuem em estar cometendo um crime ou contribuindo para tal” (FREITAS, CAVALCANTI, 2012, p.1761).

As inseguranças por parte dos profissionais podem estar entrelaçadas ao “desconhecimento dos profissionais com relação às legislações vigentes e às normas técnicas concernentes à prática do aborto legal” (FREITAS, CAVALCANTI, 2012, p.1761). Também foi apontado que durante a graduação desses profissionais a temática aborto deixou de ser discutida o que remete o seu desconhecimento. O contato com o tema aconteceu no desenvolvimento da profissão, devido a esses argumentos podem ser acarretados prejuízos quanto à assistência prestada às mulheres (FREITAS, CAVALCANTI, 2012, p.1759).

Segundo Freitas e Cavalcanti (2012, p.1759), “cabe ressaltar que quando essas capacitações ocorrem, na maioria das vezes a discussão sobre o aborto legal vincula-se ao atendimento às mulheres em situação de violência sexual”. Já as demais condições, quando também o aborto é permitido não são tão analisadas (FREITAS, CAVALCANTI, 2012, p.1759).

Salientou na pesquisa de Freitas e Cavalcanti (2012, p.1761), que “embora concordem que seus colegas de profissão realizem o aborto legal e reconheçam o direito das mulheres de acesso ao aborto legal, não se sentem confortáveis em realizá-lo devido à cultura da formação profissional” (FREITAS, CAVALCANTI, 2012, p.1761). A parcela de valores morais também é significativa no “dilema sofrido por parte dos profissionais de saúde”. Como o “valor da vida, sua relação com a natureza de sua formação profissional e os avanços tecnológicos, que permitem aos profissionais visualizar o embrião- feto em formação”, sendo essa a primeira ideia de dilema enfrentada por profissionais de saúde (FREITAS, CAVALCANTI, 2012, p.1761).

A segunda ideia associada são os “*motivos religiosos*, está relacionada ao fato de alguns profissionais fazerem uso da objeção de consciência, permitida pelo código de ética,

para justificar os motivos religiosos que repudiam o aborto legal” (FREITAS, CAVALCANTI, 2012, p.1761).

A abordagem do profissional deve apresentar sensibilidade e não julgamentos devem estar capacitados a ouvir e a falar sobre “aborto” e “saúde reprodutiva” a fim de evitar gravidezes indesejadas e viabilizarem os “direitos sexuais e reprodutivos das usuárias” (FREITAS, CAVALCANTI, 2012, p.1762-1763).

Para Zordo (2012, p.1752) os fatores que mais influenciam a prática clínica e as representações dos ginecologistas-obstetras acerca do aborto é a alta taxa de objeção de consciência são: “a criminalização do aborto e o medo de serem denunciados; a estigmatização do aborto por certos grupos religiosos, internalizada pelos próprios médicos [...]” (ZORDO, 2012, p.1752). Na pesquisa Zordo (2012, p.1751) apresentou que por “medo de possíveis denúncias era que todos os pedidos de aborto legal em caso de estupro eram analisados pelo comitê de ética do hospital” (ZORDO, 2012, p.1751).

“Apesar da alta taxa de objeção de consciência, a maioria dos médicos do Hospital P se declarou favorável à Lei atual e acrescentou ser favorável à legalização do aborto em casos de anencefalia e malformações fetais graves”. Aspecto contrário ao que foi analisado no artigo “Profissionais de Saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde” quando o “discurso predominante foi contrário à prática do aborto”.

Aspectos semelhantes encontrados em todos os artigos foram a respeito da objeção de consciência, além da religiosidade, e os desconfortos por parte dos profissionais mesmo os que não seguiam nenhum tipo de religião relacionavam o desconforto a moral, e a ética profissional.

9. Práticas Abortivas

Quanto as Práticas abortivas foram classificados quatro (4) artigos referentes ao tema, sendo eles:

- “Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!”: revisitando dados etnográficos sobre a disseminação de práticas abortivas em populações de baixa-renda no Brasil (Leal, 2012);
- Dos fetos engolidos e escondidos: um comentário sobre o apoio de parteiras ribeirinhas ao aborto (Fleischer, 2012);
- Comentários ao artigo: itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras (Loyola, 2012);
- Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil) (Correia; Cavalcante; Tabosa do Egito, Maia, 2011).

“Avaliando os diversos níveis de legitimidade das práticas abortivas, algumas distinções devem ser estabelecidas” (LEAL, 2012, p.1695).

Leal (2012, p.1695) explica esse processo sendo:

efetuada via ingestão de *chapoeiradas* para “descer a menstruação” (ou seja, uma interrupção “natural”, “não-cirúrgica” do processo), podem ser pensados como diferencialmente legítimos face àqueles praticados com sonda e, sobretudo, se este for auto-infligido e não envolver a figura de um “especialista” (de uma parteira/ aborteira). Estes últimos são condenáveis, talvez porque implicitamente reconheçam a situação de gravidez da mulher. Enquanto que os primeiros lidam, como já indicamos, com uma *desordem*, uma alteração ambígua e indefinida no corpo da mulher (que pode ser lida como uma menstruação que não desce), já no segundo caso, pelo caráter mutilador da intervenção com sonda, pela intervenção de outra pessoa (sobretudo fora do núcleo familiar), e por seu *procedimento vaginal* em oposição ao *procedimento oral* dos chás, a conotação de gravidez do estado corporal em questão torna-se clara (LEAL, 2012, p.1695, grifo do autor).

Nesse sentido o chá não é visto como uma prática abortiva e sim como um regulador do fluxo menstrual (LEAL, 2012, p.1695). Leal (2012, p.1696) Aponta que “o aborto – a interrupção do processo de concepção – é sempre o resultado de uma discussão social, estabelecida em termos de uma negociação de gênero entre o masculino e o feminino” (LEAL, 2012, p.1696). A discussão seria no sentido que envolve a noção de “assumir”, uma noção necessariamente correlata à noção de concepção (LEAL, 2012, p.1696).

Algumas mulheres buscam não vivenciar a prática abortiva sozinha, de acordo com Fleischer (2012, p.1685) “Diante do aborto, elas contavam com a presença de “parteiras”, “aparadeiras” ou “pegadeiras de menino”, como são chamadas” (FLEISCHER, 2012, p.1685).

Loyola (2012, p.1683) pontua que:

De fato, a presença de mães, amigas e companheiros (e porque não dizer, também dos médicos que as atendem nos hospitais públicos e nas clínicas privadas) nos itinerários descritos por Diniz e Medeiros demonstra que o aborto clandestino constitui uma prática desde há muito integrada ao processo reprodutivo das mulheres brasileiras (LOYOLA, 2012, p.1683).

Correia et al.,(2011,p.2475), aponta em relação ao aborto na adolescência que:

Estudos brasileiros sobre gravidez na adolescência apontam para o fato de que as jovens que contam com o apoio dos pais e a possibilidade de diálogo com eles sobre sexo começam a vida sexual mais tarde. Caso engravidem, conseguem mediante o diálogo tomarem uma atitude que melhor se enquadre à sua situação, diminuindo os traumas de um abortamento provocado, a manutenção da gravidez e o não abandono da escola (CORREIA; CAVALCANTE; TABOSA DO EGITO, MAIA, 2011, p.2475).

“No ano de 2004, Maceió mostrou que 86% das adolescentes grávidas eram solteiras” fato que culminou em conflitos de uma “gravidez solitária”, “afora aqueles próprios da idade”. As razões que levam a prática do aborto são várias, geralmente envolve idade, classe social, “número de filhos”, relacionamentos instáveis, violência sexual dentre outros. Segundo Correia, et al., (2011,p.2470), “as adolescentes o praticam porque são ainda estudantes, dependentes economicamente dos pais, ou foram abandonadas pelos companheiros” são os aspectos destacados na pesquisa (CORREIA; CAVALCANTE; TABOSA DO EGITO, MAIA, 2011, p.2470).

“Grande parte das mulheres [...] usam diferentes combinações de ervas e medicamentos popularmente consagrados antes da ingestão do medicamento Cytotec, outras o ingere diretamente”. Tem se observado nas últimas décadas que a maioria das induções ao aborto tem sido ocasionada por medicamentos, sendo o mais utilizado o cytotec (LOYOLA, 2012, p.1682).

10. Aborto e Mídia

Ao tema Aborto e Mídia foram classificados apenas dois (2) artigos sendo eles:

- O enquadramento do aborto na mídia impressa brasileira nas eleições 2010: a exclusão da saúde pública do debate (Fontes, 2012);
- À sombra do aborto: o debate social sobre a anticoncepção de emergência na mídia impressa brasileira (2005-2009) (Souza, Brandão, 2012).

“Na imprensa nacional, o aborto é pautado majoritariamente pela via do discurso moral, religioso, policial e jurídico. Nas notícias sobre aborto, as vozes religiosas são as mais legitimadas, sejam elas da Igreja Católica ou Evangélicas” (FONTES, 2012, p.1806).

“Apesar da presença do aborto como tema ostensivo durante toda a campanha eleitoral uma publicação média de 4 textos por dia na imprensa escrita, a maioria das abordagens o

enquadrava como uma questão secundária, como tabu moral” (FONTES,2012,p.1808). E não como causa de saúde pública a ser discutida por todos os atores sociais, a fim de se analisar as posições e as atitudes a serem tomadas em relação à saúde da mulher ao contrário se discutiam voltado às polêmicas que o envolve (FONTES, 2012, p.1808).

Fontes (2012, p.1810-1811), denotou que:

Durante a campanha eleitoral de 2010, o aborto se constituiu em tema onipresente, com lugar assegurado nas manchetes e nos textos dos veículos de imprensa. Ora essa presença se dava de maneira indireta, ora de maneira explícita. Apesar da presença ostensiva do tema nos veículos de comunicação, reproduzindo a inserção do aborto na campanha, a análise do tipo de agendamento e do enquadramento sob o qual o fenômeno era narrado e discutido revela um silêncio praticamente absoluto em relação aos aspectos da saúde da mulher, da criminalização e das consequências sanitárias e legais a serem enfrentadas por políticas públicas (FONTES, 2012, p.1810-1811).

O tema não foi tratado dentro dos aspectos sanitários e sim dentro da abordagem polêmica, moral e religiosa (FONTES, 2012, p.1811). Segundo Souza e Brandão (2012, p.171) “A mídia apresenta o discurso dos grupos favoráveis de modo pouco veemente. São reproduzidos, nos textos, argumentos pouco incisivos e esclarecedores, que não respondem aos argumentos da Igreja” (SOUZA, BRANDÃO, 2012, p.171). “A cobertura jornalística não contribui para a promoção da saúde sexual e reprodutiva: a perspectiva da autonomia feminina e dos direitos sexuais e reprodutivos pouco aparece no debate social da mídia” (SOUZA, BRANDÃO, 2012, p.171).

11. Aborto e Gênero

Em relação a Aborto e Gênero, apenas um (1) artigo foi classificado, sendo ele:

- “Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil (Carneiro, Iriart, Menezes, 2013).

“A experiência das mulheres na internação foi marcada, sobretudo, pelo sofrimento físico e emocional por terem abortado” (CARNEIRO; IRIART, MENEZES, 2013, p.406). “Sentimentos negativos moldaram essa vivência”, principalmente medo (da “morte,” do “desconhecido”, de serem “maltratadas”), culpa e arrependimento, mas, também, sentiram alívio por não correrem mais risco de vida e terem conseguido finalizar a gravidez (CARNEIRO; IRIART, MENEZES, 2013, p.406).

Carneiro et al.,(2013,p.406) aponta que : “A clandestinidade e a condenação social fazem do abortamento um evento muitas vezes vivido de maneira sofrida e solitária [...] começam o procedimento em casa ou em outros lugares, o hospital se configura como a última etapa de um processo que pode ter se iniciado dias, semanas ou até meses antes”

(CARNEIRO;IRIART,MENEZES,2013,p.406) Os paradoxos vividos são sempre em relação ao alívio em interromper a gestação não desejada e o julgamentos sociais enfrentados pelas mulheres após terem realizado um aborto, os quais elas enfrentam sozinhas (CARNEIRO;IRIART,MENEZES,2013,p.411).

Após vivenciarem tal experiência as mulheres contam que constituíram oportunidades “para reavaliarem aspectos das suas vidas” (CARNEIRO; IRIART, MENEZES, 2013, p.411). “Mencionaram terem adquirido mais maturidade, responsabilidade e independência emocional, além de um senso de valorização pessoal que também reflete na postura frente aos parceiros e o desejo de retomar antigos sonhos e projetos de vida” (CARNEIRO; IRIART, MENEZES, 2013, p.411).

Após a exploração de cada um dos artigos encontrado, seguiu-se com a sistematização dos dados. Como se e possível observar nas tabelas de 1 a 6, o ano de maior publicação foi o ano de 2012 com um total de dezessete (17) artigos publicados, pode se atribuir esse dado à decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), quando, em abril de 2012, os ministros inferiram que não é crime interromper a gravidez de fetos anencéfalos (STF, 2012). Seguido por 2011 com o total de seis (6) publicações. Os anos 2010,2013 e 2015 tiveram apenas duas (2) publicações, com ressalva ao ano de 2015, quando a pesquisa foi concluída em fevereiro. O ano de 2014 apresentou três (3) publicações.

Tabela 7. Estado de Origem de cada revista

ISSN	Nome da Revista	Estado
0102-311X	Cadernos de saúde pública	Rio de Janeiro
0034-8910	Revista de Saúde Pública	São Paulo
1678-4561	Ciência & Saúde Coletiva	Rio de Janeiro
1414-3283	Interface	São Paulo
0103-7331	Physis	Rio de Janeiro

Fonte: elaboração própria.

Na tabela 7. Observamos que três (3) revistas são publicadas no Rio de Janeiro e duas (2) em São Paulo, a partir desse dado podemos afirmar que a região que mais publica sobre o tema aborto e a Região Sudeste.

Tabela 8. Quantidade de artigos publicados dos anos de 2010-2015

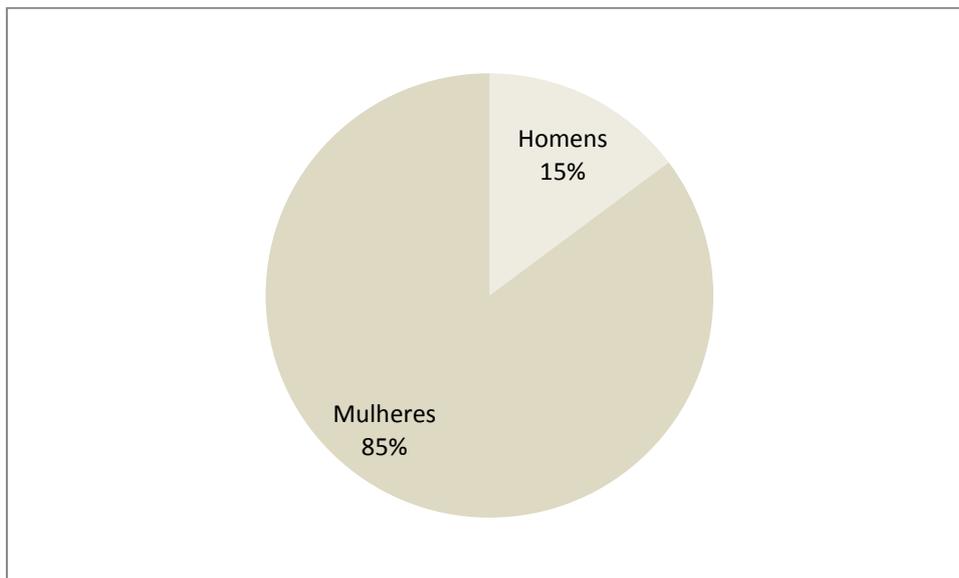
Nome da Revista	Instituição Publicadora	Quantidade de artigos publicados dos anos de 2010-2015
Cadernos de saúde pública	Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)	5
Revista de Saúde Pública	Universidade de São Paulo (USP)	2
Ciência & Saúde Coletiva	Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)	19
Interface	Universidade Estadual Paulista (UNESP)	4
Physis	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	2

Fonte: elaboração própria

A Revista que publicou mais artigos sobre o tema aborto nos anos de 2010-2015 foi à revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com um representativo de dezenove (19) artigos científicos publicados como apresentado na tabela 8.

O assunto que mais apareceu de acordo com a classificação dos temas proposto foi o tema sete (7) a respeito do Processo decisório feminino contemplando cinco (5) artigos dos trinta e dois selecionados, abrangendo diversos contextos em relação ao aborto induzido. Seguido pelos temas três (3) Medicamentos, o tema quatro (4) Aborto e Brasil: dados/estatísticas e o tema nove (9) Práticas abortivas, tendo quatro (4) artigos cada temática.

Gráfico 1: Quem mais publicou sobre aborto no Brasil nos anos de 2010-2015.



Fonte: elaboração própria.

O gráfico 1 mostra a porcentagem quanto a quem mais publicou sobre aborto no Brasil, nos anos de 2010-2015. O dado foi obtido com a análise realizada nos 32 artigos estudados, apresentou as mulheres dominando o cenário de pesquisa sobre aborto no Brasil representando 85% das pesquisadoras, analisadoras e debatedoras do tema. O gráfico apresentou apenas 15% de homens tendo interesse pelo assunto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto a esse estudo foi possível considerar que o tema aborto ainda e pouco explorado pelo campo da Saúde Coletiva, apresentando poucos estudos, quando e um período de cinco (5) anos, são encontradas apenas trinta e duas (32) publicações.

Em termos de publicações destaque-se a revista *Ciência & Saúde Coletiva*, atribui-se a esse destaque a sua amplitude.

Aos anos pesquisados (2010-2015) o ano de 2012, foi notório em publicações à respeito do tema aborto. Considerou a esse dado à decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), que em abril de 2012, os ministros inferiram que não é crime interromper a gravidez de fetos anencéfalos (STF, 2012).

A região Sudeste e onde mais se têm publicado sobre o tema recorrente, tendo cinco (5) revistas científicas de excelência localizadas nessa região.

As mulheres dominam esse espaço de exploração ao tema, são elas que buscam conhecer, analisar e discutir o tema em todos os aspectos sejam legais, morais, religiosos e sociais. Buscando apresentar como se tem posto a temática no Brasil.

Dentre os assuntos mais alusivos ao aborto, o processo decisório feminino tem sido o mais estudado, segundo as categorias estabelecidas para esse estudo. Engloba distintos contextos em relação à mulher e aborto.

Os trinta e dois (32) artigos, utilizado nesse trabalho de conclusão de curso são importantes para sensibilizar e incorporar a discussão do aborto no Brasil, por envolver questões que estão diretamente ligadas à saúde da mulher brasileira.

Como futura sanitarista, alegro-me em alcançar os objetivos propostos. Também na contribuição desse trabalho para aprofundar meus conhecimentos sobre o assunto abordado, é me fornecer informações necessárias para pensar o aborto no Brasil.

Sugerindo para futuras pesquisas, um estudo mais aprofundado nas categorias Violência Sexual; Avaliação de Serviço; Medicamentos; Aborto e Brasil: dados/ estatísticas; Objeção de Consciência; Aborto e Lei; Processo decisório feminino; Aborto e Profissionais; Práticas abortivas; Aborto e Mídia; Gênero e Aborto. Podendo ser os roteiros adequados à pesquisa de campo, etnográfica, estudo de caso e outras, com o objetivo de se conhecer pontos distintos e necessários para dar suporte aos debates.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA, Resolução nº 911, de 12 de novembro de 1998 http://anvisa.gov.br/hotsite/genericos/legis/portarias/911_98.htm >Acesso em: 23 de abril de 2016.

AQUINO, Estela M. L. et al . Avaliação da qualidade da atenção ao aborto: protótipo de questionário para usuárias de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 2005-2016, set. 2014 .

AREND, Silvia Maria Fávero; DE OLIVEIRA ASSIS, Gláucia; DE MATTOS MOTTA, Flávia (Ed.). **Aborto e contracepção: histórias que ninguém conta**. Editora Insular, 2012.

ARGÜIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL 54 DISTRITO FEDERAL < <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>> Acesso : 20 de abril de 2016.

ARILHA, Margareth Martha. Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**. 2012, vol.17, n.7, pp.1785-1794.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde Sexual and reproductive rights: challenges for health policies. **Cad. saúde pública**, v. 19, n. Sup 2, p.468 , 2003.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica /Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher.-2. ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2011,p.5.**

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Técnica. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**. Série Direitos Sexuais e Reprodutivos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BIRMAN, J. A physis das Saúde Coletiva. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, 2005, p.11-16.

_____.In. CÓDIGO PENAL, 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm> Acesso em: 16 de abr. 2016

CAMPOS, Gastão Wagner. *Sociedade e Cultura*, v. 3, n. 1 e 2, jan/dez. 2000, p. 51-74.

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.

CORREA, Marilena Cordeiro Dias Villela; MASTRELLA, Miryam. Aborto e misoprostol: usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 7, p. 1777-1784, Julho 2012 .

CORREIA, Divanise Suruagy et al . Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 5, p. 2469-2476, Maio 2011 .

DEL PRIORI, Mary. **Ao Sul do Corpo: condição feminina, maternidades e mentalidade no Brasil Colônia**. Brasília, Rio de Janeiro: EdUnB, José Olímpio, 1993.

DEL PRIORE, Mary Lucy Murroy. A árvore e o fruto: um breve ensaio histórico sobre o aborto. **Revista Bioética**, v. 2, n. 1, 2009.

DE SOUZA MINAYO, Maria Cecília; MINAYO-GÓMEZ, Carlos. Dífceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. **O Clássico e o Novo**, p. 118, 2003.

DINIZ, Debora; VELEZ, Ana Cristina Gonzalez. Aborto na Suprema Corte: o caso da anencefalia no Brasil. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 647-652, Agosto 2008.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 959-966, Junho 2010.

DINIZ, Debora; CASTRO, Rosana. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres The illegal market for gender-related drugs as portrayed in the Brazilian news media. **Cad. saúde pública**, v. 27, n. 1, p. 94-102, 2011.

DINIZ, Debora. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. **Rev Saude Publica**, v. 45, n. 5, p. 981-985, 2011.

DINIZ, Debora; MADEIRO, Alberto. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 7, p. 1795-1804, Julho 2012

DO AMARAL ROCHA, Bianca Nunes Guedes; DA COSTA UCHOA, Severina Alice. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 109-127, 2013.

DOS SANTOS, Danyelle Leonette Araújo; DE BRITO, Rosineide Santana. Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1293-1313, 2014.

DUARTE, Graciana Alves et al. Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 406-420, 2010.

FARIAS, Rejane Santos; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciênc Saúde Colet**, v. 17, n. 7, p. 1755-63, 2012.

FLEISCHER, Soraya Resende. Dos fetos engolidos e escondidos: um comentário sobre o apoio de parteiras ribeirinhas ao aborto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1685-1687, 2012.

FONTES, Maria Lucineide Andrade. O enquadramento do aborto na mídia impressa brasileira nas eleições 2010: a exclusão da saúde pública do debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 7, p. 1805-1812, Julho 2012.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. PLAGEDER, 2009.

HEILBORN, Maria L. et al. Itinerários Abortivos em Contexto de Clandestinidade na Cidade do Rio de Janeiro–Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v. 17, p. 1699-1708, 2012.

LEAL, Ondina Maria Fachel. " Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!": revisitando dados etnográficos sobre a disseminação de práticas abortivas em populações de baixa-renda no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro, RJ. Vol. 17, n. 7 (jul. 2012), p. 1689-1697, 2012

LEMOS, Adriana; RUSSO, Jane Araújo. Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 49, p. 301-312, 2014.

LOYOLA, Maria Andréa. Comentários ao artigo: itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1682-1683, 2012.

MACHADO, Carolina Leme et al. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal Rape-related pregnancy in Brazil: the experience of women seeking legal abortion Embarazo tras actos de violencia sexual. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 345-353, 2015.

MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho. As consequências jurídicas e sociais da manutenção da criminalização do aborto. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 7, p. 1683-1685, Julho 2012.

MADEIRO, Alberto Pereira; RUFINO, Andréa Cronemberger. Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina-Piauí. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1735-1743, 2012.

MATTAR, Rosiane. **Breve reflexão crítica sobre a inclusão da temática do aborto nos cursos médicos**. *Cienc. Cult.*[online]. 2012, vol.64, n.2, pp. 44-45. ISSN 0009-6725.

MELLO, Fernanda Maria Bezerra de; SOUSA, Jailson Lopes de; FIGUEROA, José Natal. Magnitude do aborto inseguro em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2006. **Cad. saúde pública**, v. 27, n. 1, p. 87-93, 2011.

MENEZES, Greice; AQUINO, Estela ML. Pesquisa Sobre o aborto no Brasil: avanços e Desafios Para o campo da saúde coletiva Pesquisa sobre o aborto no Brasil:. Lacunas e desafios para o campo da saúde pública **Cad.Saúde Pública** , v. 25, n. Sup 2, p. S193-S204, 2009.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: História de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, 1994, p. 07-19.

NUNES, Maria das Dores; MADEIRO, Alberto; DINIZ, Debora. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 8, p. 2311-2318, Agosto 2013 .

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.

PEREIRA, Thiago Soares. **O princípio da dignidade da pessoa humana e a autonomia da mulher frente à ampliação das hipóteses de aborto legal**. Editora Vestnik, 2015.

PILECCO, Flávia Bulegon; KNAUTH, Daniela Riva; VIGO, Álvaro. Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. **Cadernos de saúde pública= Reports in public health**. Rio de Janeiro. Vol. 27, no. 3 (mar. 2011), p. 427-439, 2011.

PIMENTEL, Silvia and VILLELA, Wilza. **Um pouco da história da luta feminista pela descriminalização do aborto no Brasil**. *Cienc. Cult.* [online]. 2012, vol.64, n.2, pp. 20-21. ISSN 0009-6725.

PREDEBON, Luize. **Aborto no Brasil: a negligência que vitimiza**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná-*Campus*- Toledo, 2007.

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

RIBEIRO, Flávia Regina Guedes; SPINK, Mary Jane Paris. Estratégias retóricas na controvérsia moral sobre a legalização do aborto: o caso da anencefalia no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 35-52, Março 2012.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, MC. **Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica**. *Rev. bras. fisioter.* [online]. 2007, vol.11, n.1, pp. 83-89. ISSN 1413-3555.

SCAVONE, Lucila, **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciência sociais**/Lucila Scavone. São Paulo: Editora UNESP, 2004, p.21-127.

SCAVONE, L. Políticas feministas do aborto. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, 2008, p. 678-687.

SILVA, Rebeca de Souza e; ANDREONI, Solange. Aborto induzido: uma comparação entre mulheres casadas e solteiras residentes na cidade de São Paulo em 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1725-1733, July 2012.

SOUZA, Rozana Aparecida de; BRANDÃO, Elaine Reis. À sombra do aborto: o debate social sobre a anticoncepção de emergência na mídia impressa brasileira (2005-2009). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 161-176, 2012.

SOUSA, Cássia Helena Dantas; PORTO, Rozeli Maria; DE CARVA, Dhara Rhaquell Gsquiwaze Santos. Paradoxos da atenção ao aborto provocado: “urgências” e “emergências” em uma Maternidade Escola em Natal/RN. **Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades**, v. 7, n. 09, 2013.

VILLELA, Wilza Vieira et al. Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1709-1719, Julho 2012.

ZORDO, Silvia De. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1745-1754, 2012.