

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**Atenção à saúde da mulher em situação de  
abortamento: experiências de mulheres  
hospitalizadas e práticas de profissionais de  
saúde**

**Elaine Lopes de Aquino**

Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós Graduação em  
Saúde Pública para a obtenção do  
título de Mestre em Ciências.

**Área de concentração**  
Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientadora  
**Prof. Dra. Néia Schor**

São Paulo  
2012



É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

## AGRADECIMENTOS

Muitas são as pessoas que acompanharam minha trajetória e contribuíram, direta ou indiretamente, para a concretização deste trabalho. A todas, minha eterna gratidão.

Pedindo a compreensão dos que aqui não forem citados, dada a impossibilidade de nomear a todos, expresso alguns agradecimentos:

Em primeiro lugar, às mulheres que participaram deste estudo e que aceitaram, generosamente, compartilhar suas experiências em momento tão delicado de suas vidas.

Aos profissionais do Hospital Municipal, pela receptividade e colaboração.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dra. Néia Schor, pelo incentivo e pelas importantes reflexões suscitadas ao longo desse período.

Às professoras Maria José Duarte Osis e ao professor Rubens Adorno pelas preciosas considerações.

Às professoras Augusta Thereza de Alvarenga e Graciana Duarte, pelas sugestões na qualificação.

Aos funcionários da FSP-USP, especialmente Leandro e Iara, por todo apoio e paciência.

À assistente social Irotilde Gonçalves, pela contribuição imprescindível.

Aos meus pais, Ivone e Sebastião, pelo carinho e afeto, cada um à sua maneira.

Às minhas irmãs Ilma e Nene e ao meu irmão Toco, pelo companheirismo e incentivo, sempre.

Às amigas e amigos, especialmente Sílvia Hara, Ludmila (e lá fomos nós!), Cynthia e o querido Romeu, com os quais partilhei angústias e, em muitos momentos, gargalhadas. Aqui está.

## EU-MULHER

Conceição Evaristo

Uma gota de leite  
me escorre entre os seios.

Uma mancha de sangue  
me enfeita entre as pernas

Meia palavra mordida  
me foge da boca.

Vagos desejos insinuam esperanças.

Eu-mulher em rios vermelhos  
inauguro a vida.

Em baixa voz  
violento os tímpanos do mundo.

Antevejo.

Antecipo.

Antes-vivo

Antes - agora - o que há de vir.

Eu fêmea-matriz.

Eu força-motriz.

Eu-mulher

abrigo da semente

moto-contínuo

do mundo.

## RESUMO

AQUINO EL. Atenção à saúde da mulher em situação de abortamento: experiências de mulheres hospitalizadas e práticas dos profissionais de saúde. São Paulo; 2012. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Este trabalho teve como objetivo compreender a atenção à saúde da mulher em situação de abortamento, à luz da proposta de humanização do atendimento preconizada pelo Ministério da Saúde – Norma Técnica Atenção Humanizada ao Aborto (NTAHA), de 2005, em que o aborto é reconhecido como problema de saúde pública e que aponta orientações legais, éticas e práticas para a assistência às mulheres em processo de abortamento. Visando a apreender a realidade por meio da interpretação dos sujeitos que a vivenciam, o estudo baseou-se nos pressupostos da pesquisa qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove mulheres atendidas no centro obstétrico de um hospital municipal da cidade de São Paulo, com diagnóstico de abortamento incompleto ou complicações decorrentes de abortamento, e oito profissionais de saúde envolvidos no atendimento. Os resultados indicaram que: 1. os profissionais participantes desconhecem a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento; 2. a condição de ilegalidade compromete o atendimento, à medida que impele profissionais ao julgamento velado de todas as mulheres que recorrem ao hospital, em decorrência de aborto, seja espontâneo ou provocado; 3. a assistência da equipe se limita a procedimentos técnicos, e não há atenção psicossocial; 4. pacientes mencionam a falta de informação e de diálogo com os profissionais como os principais problemas no atendimento; 5. no que tange à polêmica sobre a descriminalização e legalização do aborto, as opiniões das mulheres e dos profissionais entrevistados transcendem a polarização entre ser “contra” ou “a favor” do aborto, revelando-se uma diversidade de opiniões, por vezes, ambíguas e contraditórias. Em face dessa realidade, a humanização da assistência a mulheres em situação de abortamento configura-se como desafio para a saúde pública. É urgente a capacitação dos profissionais de saúde acerca da NTAHA, além da necessidade de mudança na lei que criminaliza o aborto, apontando para políticas públicas que respeitem a autonomia da mulher em decidir sobre o próprio corpo.

**Descritores:** Aborto, Saúde da mulher, Assistência à saúde.

## ABSTRACT

AQUINO EL. Attention to the health of woman in abortion situation: experiences of hospitalized women and the practices of health professionals. São Paulo; 2012. [Master's Dissertation – Faculdade de Saúde Pública da USP].

This study had the purpose to understand the attention to the health of woman in abortion situation, from the perspective the service humanization proposal envisioned by the Health Department – Technical Standard Humanized Attention to Abortion (NTAHA), 2005, in which the abortion is recognized as a public health matter, and points to legal, ethical and practical orientation to assist women in the abortion process. Aiming to comprehend the reality through the interpretation of individuals who experience it, the study was based on the assumption of qualitative research.

Semi-structured interviews were carried out with nine women attended at the obstetric Center at a municipal hospital in the city of São Paulo, with the diagnosis of incomplete abortion or complications resultant from an abortion, and eight health professionals involved in the service. The results indicated: 1. the participant professionals are not familiar with the Technical Standard of Humanized Attention to Abortion (NTAHA); 2. The condition of illegality undermines the service, because it leads the professionals to the veiled judgment of all women who make use of the hospital, due to the abortion, spontaneous or not; 3. the assistance of the team is limited to technical procedures and there is no psychosocial attention; 4. patients mention the lack of information and dialogue with the professionals, as the main service problems; 5. concerning the controversy about the decriminalization and legalization of the abortion, the opinion of the interviewed women and professionals go beyond the polarization between being “against” or “favorable”, proving to be a diversity of opinions, at times, ambiguous and contradictory. In the face of this reality, the humanization of women assistance in abortion situation is considered a challenge to public health. It is urgent to train the health professionals regarding the NTAHA, besides the need to change the law that incriminates the abortion, pointing to public politics that respects women autonomy to decide about their own bodies.

**Keywords:** Abortion, Woman health, Health assistance.

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1 PANORAMA GERAL DO ABORTO.....</b>	<b>12</b>
1.1 ELUCIDANDO CONCEITOS: ABORTO ESPONTÂNEO E ABORTO PROVOCADO.....	12
1.2 LEGALIDADE E MAGNITUDE DO ABORTO NO MUNDO . .	16
<b>2 A QUESTÃO DO ABORTO NO BRASIL.....</b>	<b>28</b>
2.1 MAGNITUDE DO PROBLEMA NO PAÍS.....	28
2.2 CENÁRIO POLÍTICO: O PAPEL DO MOVIMENTO FEMINISTA E DE ENTIDADES RELIGIOSAS NO DEBATE SOBRE O ABORTO .....	33
2.3 A NORMA TÉCNICA DE ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTAMENTO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.....	47
<b>II. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>56</b>
<b>1 OBJETIVOS .....</b>	<b>57</b>
<b>2 PRESSUPOSTOS TEÓRICO- METODOLÓGICOS.....</b>	<b>58</b>
<b>3 O TRABALHO DE CAMPO.....</b>	<b>61</b>
3.1 O SERVIÇO E OS SUJEITOS DO ESTUDO.....	61
3.2 A ENTRADA NO CAMPO DE PESQUISA.....	63
3.3 AS ENTREVISTAS.....	65
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	69
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	70
<b>III. RESULTADOS.....</b>	<b>71</b>
<b>1 CONHECENDO OS SUJEITOS DA PESQUISA .....</b>	<b>72</b>
1.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO E HISTÓRIA REPRODUTIVA DAS PACIENTES .....	72
1.2 PERFIL SÓCIO-OCUPACIONAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	79
<b>2 CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A MULHERES EM         SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO.....</b>	<b>83</b>
<b>3 EIXOS TEMÁTICOS.....</b>	<b>86</b>
3.1 VIVÊNCIAS DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO.....	86
3.1.1 A Gravidez e o Aborto.....	86
3.1.2 O drama de Luzia.....	95
3.1.3 Percepções das mulheres sobre a atenção recebida.	103
3.2 CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS .....	117
3.2.1 Conhecimentos acerca da legislação e da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento...117	117



3.2.2 O abortamento no cotidiano de trabalho.....	122
3.2.3 A prática de profissionais .....	132
3.2.4 Percepções dos profissionais sobre o atendimento... ..	150
3.3 REFLEXÕES SOBRE A DESCRIMINALIZAÇÃO E LEGALIZAÇÃO DO ABORTO .....	156
<b>IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>165</b>
<b>V. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>171</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>187</b>
<b>Anexo 1.....</b>	<b>188</b>
<b>Anexo 2.....</b>	<b>192</b>

## APRESENTAÇÃO

O processo de aproximação com o tema desta pesquisa é resultado de reflexões suscitadas ao longo de minha formação acadêmica, e, recentemente, por meu cotidiano profissional, atuando como assistente social em uma Unidade Básica de Saúde no município de São Paulo.

Na graduação em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), tive a oportunidade de participar do Núcleo de Gênero, no qual se faziam presentes importantes debates sobre a condição feminina, as diversas faces da opressão sobre a mulher na sociedade, bem como a atuação do movimento feminista e de mulheres. Instigada pela temática, optei por discutir, em meu trabalho de conclusão de curso, as relações de trabalho, perpassadas pela questão de gênero.

Ademais, minha inserção profissional na atenção básica proporciona, cotidianamente, sobretudo junto aos grupos de planejamento familiar, a convivência com questões relacionadas à saúde da mulher, muitas vezes silenciadas nos serviços de saúde, dentre elas, a problemática do aborto.

Destarte, considerando a interferência de minhas experiências pessoais, profissionais, acadêmicas e políticas na delimitação do objeto de estudo, cumpre destacar que este trabalho foi construído sob a perspectiva de contribuir para a ampliação do debate sobre o fenômeno do aborto, tema

tão delicado e complexo, vislumbrando a efetivação de ações e a transformação da realidade atual.

## **I. INTRODUÇÃO**

## 1 PANORAMA GERAL DO ABORTO

### 1.1 ELUCIDANDO CONCEITOS: ABORTO ESPONTÂNEO E ABORTO PROVOCADO

Historicamente, a questão do aborto tem sido tema de amplos debates, perpassados, sobretudo, pelos enfoques social, religioso e jurídico. É considerado relevante problema de saúde pública, uma vez que suas complicações influenciam, sobremaneira, a saúde da mulher e sua qualidade de vida, relacionando-se diretamente aos altos índices de morbidade e mortalidade materna.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007), o abortamento<sup>1</sup> é descrito como a expulsão ou extração de concepto pesando menos de 500g, o que corresponde a aproximadamente 20 semanas de gestação. Tal evento pode ser classificado quanto à idade gestacional – precoce ou tardio; quanto ao grau de eliminação - completo ou incompleto; situação clínica - evitável ou inevitável e quanto ao tipo - espontâneo ou provocado (SOUZA et al, 2008). Este trabalho limitou-se ao estudo de abortamento espontâneo e provocado.

O abortamento espontâneo caracteriza-se pela expulsão natural do embrião ou feto, independentemente de interferência externa, e ocorre, geralmente, em decorrência de problemas de saúde da mulher ou do feto. Estimativas apontam que, no Brasil, aproximadamente 30% das gestações

---

<sup>1</sup> A palavra aborto refere-se ao produto morto ou expelido, sendo que “abortamento” designa o processo que resulta no aborto. Neste trabalho, os termos serão utilizados indistintamente, dada a recorrência da utilização dos termos como sinônimos (LUCENA, 2009; VILELLA e BARBOSA, 2011).

resultam em abortamento espontâneo, sendo que, destas, 5% necessitam de hospitalização para curetagem (SANTIAGO, 2008).

Em termos globais, anualmente, 31 milhões de mulheres sofrem aborto espontâneo (IPPF, 2006). De acordo com NERY et al (2006), tal fato ocorre, muitas vezes, sem que a mulher tenha conhecimento da gravidez. Dentre as causas determinantes do aborto espontâneo, os autores salientam que

Grande parte dos abortos espontâneos constitui-se como resultado de um feto com poucas chances de sobrevivência até o final da gravidez ou que não se encontra em desenvolvimento saudável. Algumas causas já são conhecidas como anomalias cromossômicas, baixos níveis de progesteronas, infecções e doenças bacterianas e virais. Outras causas podem estar associadas à idade da mãe, gestações em mulheres com mais de 40 anos, bem como doença autoimune, estresse e consumo exagerado de cigarros e outras drogas (NERY et al, 2006:68).

Para além dos fatores químicos e biológicos que causam ou contribuem com o abortamento espontâneo, sua ocorrência também pode estar relacionada ao contexto social da mulher, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, exclusão social e desigualdade de gênero, circunstâncias, em geral, também associadas à interrupção voluntária da gravidez (RESENDE, 1995).

Em estudo qualitativo realizado em uma maternidade pública, NERY et al (2006) constatou que as mulheres entrevistadas desconheciam as causas do aborto, sendo que algumas delas sequer sabiam que estavam grávidas. Outro dado importante refere-se à questão da violência de gênero como fator desencadeante do aborto espontâneo, embora, em alguns casos, as mulheres reconhecessem como “naturais” os conflitos vivenciados durante a

gestação. Sobre esse aspecto, DINIZ et al (2004), em inquérito realizado em três maternidades públicas, nas cidades de Recife, Salvador e Aracaju, revelaram que 23% das mulheres que abortaram espontaneamente associaram-no à violência, sendo que em 39% desses casos houve agressão física.

Por outro lado, concernente ao abortamento provocado, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) o define como “*a interrupção da gravidez pelo uso de drogas ou intervenção cirúrgica após a implantação e antes que o concepto se tenha tornado independentemente viável*” (FAUNDES e BARZELATTO, 2004). Cabe destacar que, do ponto de vista jurídico, este tipo de aborto pode ser legal ou ilegal, conforme apresentado mais adiante.

Ao comparar o abortamento provocado com o espontâneo, em estudo realizado com 1.429 pacientes, COSTA (2000) constatou uma taxa de abortamento provocado de 25,9%. Os resultados apontaram maior ocorrência de complicações como infecção, perfuração uterina, mortalidade materna e hemorragia nos casos de aborto provocado.

Do ponto de vista psicológico e emocional, BENUTE et al (2009) demonstraram que a maternidade se apresenta de forma positiva e idealizada, tanto para mulheres hospitalizadas por abortamento espontâneo, quanto provocado. Assim, os autores ressaltam que a vivência do luto no abortamento, nas duas situações mencionadas, reflete a exigência sobre as mulheres de cumprirem a função social da maternidade.

No que se refere aos dados sobre hospitalização por abortamento, pesquisa recente realizada pelo Instituto do Coração (InCor) , com base em registros do DATASUS de 1995 a 2007, evidenciou que a curetagem após aborto é a cirurgia mais realizada no Sistema Único de Saúde (TOLEDO, 2010). Entretanto, as informações disponíveis não permitem diferenciar os abortos espontâneos ou provocados, a despeito de especialistas apontarem que a maioria das complicações resulta de abortamento provocado.

Interessa notar que, em face da ilegalidade, estimativas acerca do abortamento estão pautadas, especificamente, no número de internações hospitalares no sistema público de saúde, decorrentes de complicações como hemorragias, infecções e outras. Ressalta-se que o estigma social que envolve o tema contribui para que, frequentemente, o aborto provocado seja declarado como espontâneo (SILVA et al, 2012).

Nesse sentido, cabe mencionar as informações apresentadas por SORRENTINO e LEBRÃO (1995). Com base na análise de 53. 861 internações por aborto registradas pelo SUS, o estudo revela, dentre outros, que 57,4% foram decorrentes de abortos espontâneos, 20,6% de abortos retidos, 19,3% de abortos não especificados; 1,1% relacionado à gravidez ectópica e apenas 1,7% foi classificado como aborto sem indicação legal, ou seja, induzido de forma clandestina. No entanto, as autoras afirmam que uma parcela desconhecida de aborto induzido pode ser registrada como abortos espontâneos ou como aborto retido/ não especificado, o que corresponderiam juntos, a 40% dos casos.

Na esteira dessas reflexões, cumpre destacar que a controvérsia sobre o problema do aborto pode repercutir na atitude dos profissionais, ao se depararem com situações em que as mulheres apresentam complicações de abortamento, inclusive nos casos em que o aborto é espontâneo (VILLELA e BARBOSA, 2011).

Como referido anteriormente, este estudo contempla a questão do atendimento às mulheres em situação de abortamento, espontâneo e provocado. Considerando que as concepções acerca do aborto provocado podem conduzir e influenciar as práticas e a atenção ao aborto espontâneo (MCCALLUM e MENEZES, 2006), detivemo-nos, sobretudo nesta parte introdutória do trabalho, a aspectos relacionados ao aborto provocado.

## 1.2 LEGALIDADE E MAGNITUDE DO ABORTO NO MUNDO

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam a prática de 42 milhões de abortos por ano no mundo, sendo que, em 2008, ocorreram 21,6 milhões caracterizados como inseguros, ou seja, realizados em condições precárias e / ou por profissionais não qualificados. Destes, 21,2 milhões foram realizados em países em desenvolvimento, com leis restritivas sobre o aborto provocado, afetando, sobretudo, as mulheres mais pobres (WHO, 2011).

Complicações decorrentes de aborto inseguro colocam em risco a vida e a saúde das mulheres. Ao contrário, quando a gravidez é interrompida em condições sanitárias adequadas, por profissionais habilitados e com



métodos modernos, o procedimento apresenta menos complicações (HARDY e ALVES, 1992).

De acordo com FAÚNDES e BARZELATTO (2004:76)

Os abortos inseguros levam, frequentemente, a complicações imediatas e consequências a longo prazo. As complicações imediatas são hemorragia, infecções, lesões traumáticas ou químicas dos genitais e outros órgãos pélvicos, reações tóxicas a produtos ingeridos ou enfiados nos genitais (...).

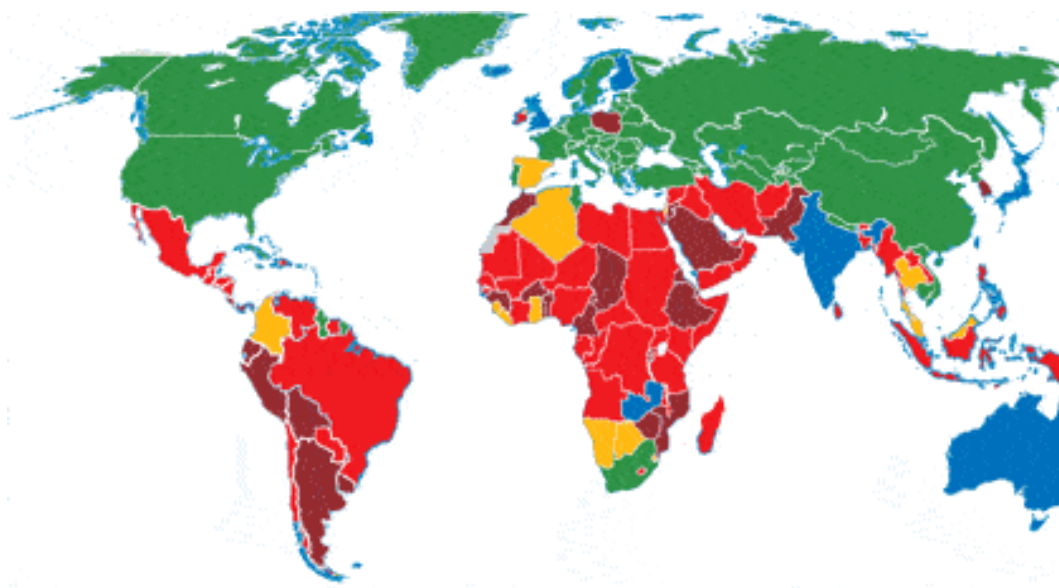
SINGH et al (2009) assinalam dados importantes sobre o aborto inseguro em todo o mundo. Segundo os autores, estimativas apontam que o aborto inseguro seja a causa da morte de, aproximadamente, 70.000 mulheres em todo o mundo, anualmente. Da mesma forma, a OMS revela que sete mulheres morrem a cada hora em algum país em desenvolvimento devido a complicações de abortos inseguros (WHO, 2003).

Outro dado revela que, de oito milhões de mulheres que apresentam complicações decorrentes de aborto induzido, somente cinco milhões recebem cuidados médicos, situação que envolve a disponibilidade, a distância, o custo e o estigma associado ao aborto em cada país, fatores que, em geral, desencorajam a mulher a procurar tratamento (SINGH et al 2009).

O marco jurídico sobre a interrupção voluntária da gravidez é determinante para a incidência do aborto inseguro. FAÚNDES e BARZELATTO (2004:67) afirmam que "... a maioria dos abortos ilegais é de risco, enquanto a maioria dos abortos legais é realizada sob condições de segurança".

Cabe lembrar ainda que, nos casos em que o aborto é legalizado, a disponibilidade e a qualidade de uma rede de serviços para o atendimento à mulher também influenciam nas ocorrências do aborto realizado em condições precárias (SANTIAGO, 2008).

Em termos globais, o CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS (2007) apresenta o “mapa do aborto”, aqui reproduzido, classificando a situação de legalidade do aborto no mundo em cinco grupos, das legislações mais proibitivas às mais permissivas:



■ Países onde o aborto é proibido em todas as situações ou permitido somente em caso de estupro ou para salvar a vida da mulher – 69 países; 25,9% da população mundial

- Países onde é permitido nos casos anteriores e também para preservar a saúde física da mulher – 34 países; 9,4% da população mundial<sup>2</sup>
- Aborto permitido também para preservar a saúde mental da mulher – 23 países; 4,1% da população mundial
- Aborto permitido também por razões socioeconômicas – 14 países; 21,3% da população mundial
- Aborto permitido sem restrições – 56 países; 39,3% da população mundial<sup>3</sup>

Observamos que, praticamente, todos os países com leis restritivas, em que o aborto é totalmente proibido, permitido somente para salvar a vida da mulher ou para proteger sua saúde física e mental, são países em desenvolvimento, que têm os maiores níveis de desigualdade social e onde vivem 40% das mulheres, com idade entre 15 e 44 anos (SINGH et al, 2009).

Cumpramos ressaltar o que apresentam os relatórios da OMS acerca dos números anuais de aborto por 1.000 mulheres nessa faixa etária. Em quatro, das seis regiões do mundo, as taxas de aborto são bastante similares: Ásia e África, 29 por 1000 mulheres; 31 por 1000 na América Latina e Caribe e 28 por 1000, na Europa (WHO, 2007). No que se refere ao número de abortos inseguros por região, estimativas apontam a ocorrência, em 2008, de 10, 8 milhões na Ásia, seguida pela África (6,2 milhões), América Latina e Caribe (4,2 milhões) e Europa (0,4 milhões).

Na África, na América Latina e Caribe, quase todos os abortos são ilegais e inseguros. Na Ásia, procedimentos seguros superam o número de

---

<sup>2</sup> As leis mexicanas sobre o aborto são estaduais. Na Cidade do México, a prática do aborto é liberada sem restrição, desde 2007.

<sup>3</sup> A Espanha legalizou o aborto em 2010.

procedimentos inseguros, em virtude do grande número de abortos seguros realizados na China (WHO, 2007).

As diferenças entre os países, no que concerne à magnitude do aborto inseguro, refletem, sobretudo, a efetivação de políticas públicas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, a existência ou ausência de programas de planejamento reprodutivo para homens e mulheres, os níveis de influência religiosa e sua condenação aos métodos contraceptivos (SINGH et al, 2009), assim como a atuação dos movimentos de mulheres.

Interessante notar que as taxas de aborto mais baixas do mundo estão na Europa Ocidental, onde o procedimento é liberado na maior parte dos países. Nessa região, onde, além de legalizado, é disponível e há grande utilização de métodos contraceptivos, a taxa de aborto entre mulheres de 15 a 44 anos está abaixo de 15 por 1000 mulheres (SINGH et al, 2009).

Nos últimos anos, cabe ressaltar a mudança na legislação, em Portugal, que, a despeito da forte influência católica, legalizou o procedimento em 2007, e Suíça, que, em 2002, reduziu as restrições impostas ao aborto, acompanhando a tendência da maioria dos países da região.

Em 2010, a Espanha, também, legalizou o procedimento, permitindo-o até a 12ª semana de gestação ou até a 22ª semana, em caso de malformação fetal ou risco à vida da gestante. A legalização causou forte oposição dos segmentos conservadores e da Igreja Católica, principalmente, sobre um dos pontos mais polêmicos da lei, o qual estabelece a maioria para abortar aos 16 anos, mesmo sem o consentimento de pais ou

responsáveis, caso as mulheres aleguem a possibilidade de serem coagidas ou sofrerem violência familiar (PARA VATICANO..., 2010).

Já nos países do Leste Europeu, apesar de a prática ser legalizada, a taxa de abortos é elevada (28 por 1.000), em virtude de o procedimento ser mais acessível para as mulheres do que métodos contraceptivos de qualidade, além do aspecto cultural, no qual privilegiam-se famílias pequenas. (FAÚNDES e BARZELATTO, 2004; SINGH et al, 2009)

A taxa mais alta do mundo está no Sudeste Asiático, com 40 abortos por 1000 mulheres com idade entre 15 e 44 anos (HENSHAW et al, 1999), contexto em que as restrições impostas pela Igreja Católica aos métodos contraceptivos têm importante peso. No entanto, desde 1997, cinco países dessa região reduziram as restrições legais: Butão, Camboja, Irã, Nepal e Tailândia (SINGH et al, 2009).

No Continente Africano, o aborto é proibido na maior parte dos países. A taxa mais alta é verificada na região oriental (39 por 1000). Em alguns países, houve mudança da lei nos últimos anos, com redução das restrições em Benin, Chade, Etiópia, Guiné, Mali, Nigéria, Suazilândia e Togo. Além dos determinantes sociais, diferentes práticas contraceptivas e padrões de comportamento sexual explicam as diferenças nesse continente. No Norte da África, por exemplo, o uso de contraceptivos é mais elevado do que em outras sub-regiões, o que contribui para menos gravidezes não planejadas (SINGH et al, 2009).

A Oceania e a América do Norte apresentam, respectivamente, taxas de 21 por 1000 e 22 abortos por 1000 (HENSHAW et al, 1999).

Especificamente, nos Estados Unidos, considerando a dificuldade do acesso a métodos contraceptivos e a restrição ideológica da educação sexual (FAÚNDES e BARZELATTO 2004), a taxa é de, aproximadamente, 22,9 abortos por 1000 mulheres. No entanto, a maioria dos abortos é segura (WHO, 2007).

É relevante destacar a crescente pressão dos setores conservadores dos Estados Unidos para criminalizar o aborto. No início de 2010, um importante debate sobre a questão ocorreu naquele país. Visando obter apoio para a aprovação da reforma de saúde, o presidente Barack Obama assinou um decreto que impôs restrições ao repasse de verbas federais para a cobertura de gastos com a realização de abortos (MATOS, 2010), o que, certamente, atingirá as mulheres norte-americanas, influenciando na taxa de abortos inseguros nos EUA.

Na América Latina e Caribe, onde é ilegal na maior parte dos países, a situação da interrupção voluntária da gravidez ainda é pouco conhecida, tendo em vista a ausência de dados oficiais. Geralmente, os dados disponíveis decorrem de pesquisas realizadas com grupos populacionais específicos, ou provêm de estimativas baseadas em registros hospitalares, o que abrange somente mulheres que foram internadas no serviço público de saúde por complicações resultantes de aborto (LANGER, 2002; GUILLAUME e LERNER, 2009).

Do ponto de vista legal, com base em SINGH et al (2009), CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS (2009) e GUILLAUME e LERNER (2009),

podemos classificar os países da América Latina e Caribe da seguinte forma:

- 07 países, onde o aborto é totalmente proibido<sup>4</sup>
- 07 países, onde é permitido apenas para salvar a vida mulher, ou em caso de estupro ou malformação fetal <sup>5</sup>
- 08 países, que liberam o aborto para proteger a saúde física da mulher, assim como para salvar sua vida<sup>6</sup>, e 05 países, onde o procedimento é liberado para proteger a saúde mental da mulher e, também, para proteger sua saúde física e salvar sua vida<sup>7</sup>. Destes 13 países, em 06 deles o aborto, também, é permitido em caso de estupro<sup>8</sup>; 03 o fazem em situação decorrente de incesto<sup>9</sup> e 01 em caso de malformação fetal<sup>10</sup>.
- 09 países, onde é permitido sem restrições<sup>11</sup>, ou por motivos socioeconômicos<sup>12</sup>, onde vivem somente 3% das mulheres da região, com idade entre 15 e 44 anos.

---

<sup>4</sup> Chile, El Salvador, República Dominicana, Suriname, Haiti, Honduras, Nicarágua.

<sup>5</sup> Brasil, México (maioria dos Estados), Panamá, Paraguai, Guatemala, Venezuela, Antígua e Barbuda.

<sup>6</sup> Argentina, Bahamas, Bolívia, Costa Rica, Equador, Peru, Uruguai, Granada.

<sup>7</sup> Colômbia, Jamaica, Santa Lúcia, Trinidad e Tobago, São Cristóvão e Nevis.

<sup>8</sup> Argentina, Bolívia, Equador, Uruguai, Colômbia, Santa Lúcia.

<sup>9</sup> Bolívia, Colômbia, Santa Lúcia.

<sup>10</sup> Colômbia

<sup>11</sup> Cuba, Porto Rico, Guiana, Guiana Francesa, Guadalupe, Martinica e Saint-Martin.

<sup>12</sup> Barbados, Belize, São Vicente e Granadinas.

Na última década, Colômbia, Uruguai, Cidade do México e Santa Lúcia reduziram suas restrições legais, ampliando as condições em que o aborto é permitido. Por outro lado, a Nicarágua proibiu, totalmente, o aborto, em revisão do Código Penal, em 2006, assim como El Salvador, em 1998 (SINGH et al, 2009).

Ainda sobre os aspectos legais do aborto na região, AMARAL (2008:122) assinala que:

No Peru, na Bolívia e na Argentina os permissivos quanto ao abortamento dizem respeito às condições de saúde da mulher e aos casos de violência sexual, ainda bastante evidentes na América Latina, embora com ressalvas pela Argentina e Bolívia que não asseguram a toda mulher a garantia do aborto seguro nos casos de violação sexual. Embora esses permissivos estejam amparados constitucionalmente, a jurisprudência pode modificá-los a qualquer momento, como ocorreu em El Salvador e Nicarágua. Por isso os movimentos pró-aborto estão sempre às voltas com discussões de maiores flexibilizações e manutenção dos direitos já adquiridos nesses países.

Do ponto de vista da magnitude do problema na região, estudo sobre a incidência do aborto no mundo revelou que, dentre os países da América Latina e Caribe com leis altamente restritivas, a taxa mais elevada de abortos induzidos ocorreu no Peru, com 56 para cada 1000 mulheres, com idade entre 15 e 44 anos, em 1989, seguido por Chile, onde a taxa era de 50 por 1000, em 1990, e República Dominicana que, no mesmo ano, apresentava taxa de 47 abortos por 1000 mulheres (HENSHAW 1999).

Outro estudo, baseado em pesquisas de opinião e registros de internações hospitalares, de 1989 a 1992, em 06 países que reúnem 70% da população da América Latina (Brasil, Chile, Colômbia, México, Peru e Republica Dominicana), estimou a realização de, aproximadamente, 2,8



milhões de abortos por ano, podendo chegar a 4 milhões, se considerada toda a região, sendo 550.000 mulheres internadas devido a complicações decorrentes de abortos induzidos (SINGH e WULF, 1994).

Em Porto Rico, onde o procedimento é legalizado e os dados são fidedignos, a taxa é consideravelmente baixa: 22,7 abortos por cada 1000 mulheres, no período de 1991-1992. Este país apresenta elevada prevalência de uso de métodos contraceptivos modernos e amplo acesso da população a serviços de planejamento familiar de qualidade. Nas Antilhas Francesas, onde também é permitido, a taxa por 1000 mulheres, entre 15 e 49 anos de idade, foi de 41,5 em Guadalupe, 22,9 em Martinica e 37,1 na Guiana Francesa (GUILLAUME e LERNER, 2009).

SINGH et al (2009) apontam que a taxa de abortos inseguros na América do Sul é o dobro da registrada na região Caribenha, respectivamente, 33 e 16 por 1000 mulheres, com idade entre 15 e 44 anos. No entanto, considerando a alta taxa de aborto legal e seguro em Cuba, em virtude do embargo econômico e da dificuldade de acesso a métodos contraceptivos de boa qualidade, a taxa absoluta de aborto no Caribe é quase a mesma que na América do Sul (FAÚNDES e BARZELATTO, 2004).

No Chile, país que proíbe totalmente a interrupção voluntária da gravidez, a última estimativa aponta para a realização de 159.000 abortos, por ano (AGI, 1994; ROSAS, 2009), com taxas entre 45 e 50 por cada 1.000 mulheres. Segundo GUILLAUME e LERNER (2009), até o ano 2000, o aborto era considerado a principal causa de mortalidade materna naquele país, assim como no Paraguai, onde, em 2007, a morte de mulheres por

aborto representou 29,4 % do total de mortes maternas no país (SOTO, 2009).

A despeito do compromisso assumido pela maioria dos países da região em instâncias internacionais, que recomendam a revisão das leis restritivas sobre a interrupção da gravidez, o breve panorama, aqui apresentado, evidencia que esta, ainda, é uma das principais causas de morbidade e mortalidade de mulheres na América Latina e Caribe.

A influência histórica da Igreja Católica, uma das principais protagonistas na condenação do aborto, é um fator preponderante, quando se discute a criminalização das mulheres e as consequências decorrentes da ilegalidade na região (TALIB, 2006; SOTO, 2009; ROSAS, 2009; RAMOS et al 2009; MELO, 2005; ROCHA e ANDALAF NETO, 2003). Sua atuação política, em aliança com setores conservadores, consiste em pressionar os governos em torno das questões de sexualidade e reprodução. Sob o contexto político no Chile e o papel da Igreja Católica, ROSAS (2009:61) relata

(...) Algumas de suas organizações, como a Opus Dei e os Legionários em Cristo, se fortaleceram nos setores mais abastados da sociedade chilena, difundindo suas posições ideológicas em colégios e universidades particulares e ganhando para sua causa líderes dos âmbitos político, social e econômico, além de ganhar espaço nos meios de comunicação.

Em pesquisa de opinião, realizada em 2006, na Argentina, 70% dos entrevistados manifestaram concordância de que a Igreja deveria flexibilizar seu posicionamento sobre a questão do aborto. Apesar disso, RAMOS et al (2009:43) afirmam que "...as estratégias dos setores conservadores ligados

à Igreja Católica são permanentemente recriadas e a cada dia mais inescrupulosas em termos de forma e conteúdo”.

Por outro lado, faz-se necessário reconhecer que a posição defendida pela Igreja Católica, em relação ao aborto, não é homogênea, haja vista que, no interior dessa instituição existem movimentos progressistas, tais como a entidade feminista Católicas pelo Direito de Decidir (MATOS, 2010), que atua na América Latina, nos Estados Unidos e na Espanha, defendendo a autonomia das mulheres, bem como seus direitos sexuais e reprodutivos.

Segundo ROCHA e ANDALAF NETO (2003), o contexto de influência da Igreja Católica na região exige maior articulação política das organizações feministas, a fim de defender a reivindicação histórica da descriminalização do aborto. Nesse sentido, os autores destacam a *Campanha 28 de Setembro: Dia da Descriminalização do Aborto na América Latina e Caribe*, instituída em 1993, e que tem, como objetivo, o resgate das lutas políticas sobre essa questão, impulsionadas pelo movimento feminista, desde a década de 80.

Por fim, é importante destacar que, atualmente, do ponto de vista mundial, há uma tendência liberalizante em relação às legislações sobre o aborto, conforme apontado anteriormente. No entanto, o contexto histórico, político e cultural, bem como a correlação de forças existentes, manifestam-se de diferentes formas em cada país, sendo determinantes para o avanço ou retrocesso dos direitos das mulheres.

## **2 A QUESTÃO DO ABORTO NO BRASIL**

### **2.1 MAGNITUDE DO PROBLEMA NO PAÍS**

No Brasil, o aborto provocado é considerado crime contra a vida, exceto nos casos de estupro ou riscos à vida da mulher. Em outras circunstâncias, são imputadas penas de detenção e reclusão à gestante e aos executores do ato, que variam de um a dez anos, conforme previsto no Código Penal, vigente desde 1940 (DOMINGUES, 2008). Em caso de anencefalia fetal, o Supremo Tribunal Federal autorizou, em 2012, a interrupção da gestação, como pode ser visto mais adiante.

A ilegalidade não impede que a prática do aborto ocorra em grande escala no país. No entanto, são mulheres pobres as mais penalizadas neste cenário de clandestinidade. Conforme abordamos anteriormente, impossibilitadas de arcarem com os altos custos dos procedimentos realizados em clínicas clandestinas de alto padrão, essas mulheres interrompem a gravidez em condições precárias, com alta probabilidade de complicações e de morte.

Em estudo realizado com população de baixa renda, no município de São Paulo, FUSCO et al (2008) demonstraram a alta vulnerabilidade dessas mulheres ao aborto inseguro e aos agravos a sua saúde. Dentre os resultados da pesquisa, as autoras apontaram que 82,7% das mulheres que induziram o aborto tiveram complicações revertidas em internações hospitalares.

No contexto de criminalização, deve ser considerada a dificuldade em se obterem informações confiáveis sobre a magnitude do problema e de traçar um real panorama sobre suas consequências. De acordo com COSTA (1999:164), "... o sub-registro e a classificação errônea são frequentes e devem-se ao receio da mulher em admitir o ato ilegal; à relutância dos profissionais da saúde em registrar corretamente o evento nos prontuários hospitalares, por causa das sanções legais aplicáveis; ou ainda, à soma das duas hipóteses".

Da mesma forma, no que se refere aos registros de mortalidade materna, SCHOR (1992:104) afirma que "... o óbito por aborto provocado, além dos motivos relacionados à morte materna, de uma maneira geral, apresenta questões relativas aos aspectos jurídico-éticos, psicológicos e, principalmente, ao 'moral', que levam ao falseamento da real causa de morte".

Apesar disso, estimativa para uma série histórica de 1992 a 2005, baseada nos registros do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), revelou que foram realizados, em 2005, 1.054.243 abortamentos, o que corresponde a uma taxa de 2,07 abortamentos induzidos por 100 mulheres de 15 a 49 anos (MONTEIRO e ADESSE, 2006).

De acordo com o estudo, a grande maioria das internações por aborto ocorreu na Região Sudeste e Nordeste, na faixa etária de 20 a 24 anos. O estudo aponta diferenças regionais no país, evidenciando que o risco anual de abortos induzidos nas regiões Nordeste e Centro Oeste é maior que o

dobro da região Sul: 2,73 e 2,81/100 mulheres e 1,28, respectivamente, entre mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos.

As complicações relacionadas ao aborto constituíram, em 2005, a terceira causa de internação de mulheres nessa faixa etária, somando 250.000 internações no SUS para procedimentos decorrentes de complicações pós-aborto (MONTEIRO e ADESSE, 2006), o que totaliza um custo de R\$ 29, 7 milhões ao sistema de saúde (MARTINS e MENDONÇA, 2005).

Em 1991, a estimativa, segundo o AGI (1994), era de 1.443.350 abortos, por ano, no Brasil. MONTEIRO e ADESSE (2006) apontam redução de internações por aborto até 1996 e, desse ano até 2005, tendência à estabilização em todas as regiões e grupos etários. Apesar da redução significativa de abortos provocados no país, a taxa de abortos, ainda, é elevada, com diferenças regionais importantes.

Embora haja tendência de declínio na taxa de mortalidade por essa causa no Brasil, o aborto ocupa a terceira ou quarta causa posição no ranking de causas por mortalidade materna (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), considerando as desigualdades entre as regiões. O reduzido número de serviços que realizam o aborto permitido por lei e a falta de atenção humanizada nos serviços que atendem a mulher com complicações decorrentes de aborto provocado contribuem, certamente, para os elevados índices de mortalidade materna (Vilella et al, 2011; Santiago;2008).

LIMA (2000), a partir de dados coletados no Sistema de Informações de Mortalidade do Sistema Único de Saúde, estudou a mortalidade por

aborto, mediante coeficientes de mortalidade em mulheres de 10 a 54 anos de idade, de 1980 a 1995. Dentre 2.602 óbitos classificados por unidade da federação, ano de ocorrência e idade da mulher, o estudo revelou que 85% dos óbitos foram ocasionados por aborto induzido, sem indicação legal, ou por aborto, sem causa especificada.

No Nordeste, região que concentra os Estados mais pobres do país, o aborto foi a principal causa isolada de mortalidade materna, no Recife-PE e Salvador-BA, na década de 90, chegando a 33,4% e 22,5%, respectivamente, da totalidade dessas mortes (MENEZES e AQUINO, 2009).

Estudos associam a redução da morbimortalidade por aborto induzido no país, a partir da década de 90, à disseminação do uso do misoprostol como método abortivo, em detrimento de métodos mais agressivos utilizados nos anos 80 (BARBOSA e ARILHA, 1993; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; COSTA e WESSEY, 1993; LIMA, 2000).

O misoprostol, cuja comercialização para o público, em geral, é proibida desde 1998, modificou o panorama do aborto provocado no país por apresentar menos complicações, tais como hemorragia, perfuração de útero e infecções (LIMA, 2000).

Entretanto, a utilização do medicamento não eliminou os riscos inerentes à prática do aborto em condições inseguras, já que seus efeitos estão relacionados à dose e ao tempo de gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Segundo a FEBRASGO (2008:3),

Estudos no Brasil demonstram que, apesar das limitações legais, as mulheres continuam usando misoprostol. No entanto, como só conseguem comprar o medicamento no mercado paralelo por um preço alto, usam doses menores que podem alterar a eficácia do medicamento.

DINIZ e MEDEIROS (2010), em recente pesquisa nacional com 2.002 mulheres residentes em área urbana, com idade entre 18 e 39 anos<sup>13</sup>, apontaram que, ao final da vida reprodutiva, mais de uma em cada cinco mulheres já fez um aborto, sendo que 48% utilizaram algum medicamento para abortar e 55% das mulheres recorreram ao sistema de saúde e foram internadas por complicações.

O estudo apresenta, ainda, outros dados relevantes: 42% das mulheres que abortaram estudaram até o oitavo ano do ensino fundamental, cerca de 60% interromperam a gravidez na faixa etária entre 18 e 29 anos e a maioria se declarou católica.

Esses dados se aproximam daqueles apresentados pela revisão de estudos, publicada pelo Ministério da Saúde em 2008, que sistematizou 20 anos de publicações sobre o tema do aborto no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Com base na produção acadêmica ao longo desses anos, foi traçado o perfil das mulheres que abortam no país: elas são jovens, têm entre 20 e 24 anos de idade, vivem em união estável, têm até oito anos de estudo, são trabalhadoras, católicas, têm pelo menos um filho e utilizam métodos contraceptivos, o que pode indicar seu uso de modo inadequado.

---

<sup>13</sup> Importante destacar a metodologia utilizada nesse estudo. Foram combinadas duas técnicas de sondagem: questionários preenchidos por entrevistadoras, para levantamento de dados sócio-demográficos, e a técnica de urna com perguntas fechadas sobre aborto. De acordo com os autores: "(...) O objetivo da urna é enfatizar, no momento da entrevista, o sigilo das respostas, a fim de melhorar a fidedignidade de respostas a questões socialmente controversas" (DINIZ e MEDEIROS, 2010:961).



Nesse contexto, é interessante salientar a observação feita por FAÚNDES e BARZELATTO (2004:39), ao analisarem as causas que levam uma mulher a interromper a gravidez:

(...) podemos distinguir duas dimensões diferentes: as razões que levaram essas mulheres a decidir que não podiam ter um filho naquele momento particular, e as circunstâncias que as levaram a ter uma gravidez que não queriam.

Os estudos, aqui apontados, apresentam importantes evidências. Comprovam a tese de que a ilegalidade traz consequências para a vida e para a saúde das mulheres, não coíbe a prática e reforça a desigualdade social. É fundamental, portanto, ampliar a discussão do problema do aborto, como questão de saúde pública, no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, destacando o posicionamento e a influência dos diversos sujeitos políticos envolvidos no debate.

## 2.2 CENÁRIO POLÍTICO: O PAPEL DO MOVIMENTO FEMINISTA<sup>14</sup> E DE ENTIDADES RELIGIOSAS NO DEBATE SOBRE O ABORTO

Embora haja uma diversidade de posicionamentos sobre a questão do aborto no Brasil, o debate é polarizado e incita tensas discussões,

---

<sup>14</sup> Oliveira (2005:132) estabelece a diferença entre movimento feminista e movimento de mulheres, afirmando que, enquanto para o movimento feminista, o direito ao aborto é premissa fundamental, as reivindicações dos movimentos de mulheres são mais abrangentes, referentes à "(...) um complexo de demandas por equipamentos sociais no qual a questão do aborto não está posta (...). A autora destaca ainda que "(...) é um equívoco utilizar movimento feminista e movimento de mulheres como sinônimos. O aborto pode ser considerado o divisor de águas entre o movimento de mulheres e o movimento feminista (...)". Consideramos o protagonismo do movimento feminista na luta pela legalização do aborto ao longo da história, no entanto, não podemos ignorar a atuação do movimento de mulheres, sobretudo os coletivos de mulheres que integram partidos de esquerda, sindicatos, etc., que, partindo de reivindicações amplas, têm trazido para seus programas o problema da opressão da mulher e, conseqüentemente, o direito ao aborto. Sobre essa questão ver D'Atri (2008) e Toledo (2005).

envolvendo, sobretudo, dois setores da sociedade com diferentes visões de mundo: grupos pró-escolha, com o movimento feminista à frente, defendem o direito da mulher em decidir sobre o processo de reprodução e tratam o aborto como questão de saúde pública; grupos pró-vida, que têm como protagonista a Igreja Católica, os quais priorizam o embrião ou o feto sobre a decisão das mulheres (FAÚNDES e BARZELATTO, 2004), sob a tese do início da vida desde a concepção.

Esses posicionamentos têm reflexos, principalmente, na esfera do Legislativo e do Executivo. No entanto, a conjuntura política do país determinou a intensificação do debate e a participação, em menor ou maior grau, dos diversos grupos envolvidos: Igreja Católica, segmentos da categoria médica, movimento feminista, grupos de mulheres e religiosos evangélicos (ROCHA, 2009).

ROCHA e ANDALAF NETO (2003) classificam o debate político sobre o aborto no país em quatro etapas:

- De 1946-1971, quando foram apresentadas três proposições de alteração da legislação, para suprimir os dois permissivos do Código Penal, publicizando, de forma ainda incipiente, a discussão sobre o aborto no país;
- De 1971-1983, o qual, segundo os autores, representou o momento de aquecimento do debate, apesar da restrita participação, decorrente da repressão política. Nesse período, foram apresentadas treze proposições, a maioria com foco na liberação da

divulgação de métodos contraceptivos. Quatro projetos de lei se referiam especificamente sobre o aborto: um em relação à descriminalização e três acerca da ampliação dos permissivos para a interrupção voluntária da gravidez.

- O terceiro momento, de 1983-1991, quando ocorre a intensificação do debate, com ampla participação proporcionada pela efervescência política do processo de redemocratização do país. Nesta ocasião, foram apresentadas quinze proposições, havendo certo equilíbrio no número de propostas que visavam à proibição e as que defendiam a descriminalização do aborto.
- Entre 1991-1999, quando foram apresentadas 23 proposições, com a maioria favorável à descriminalização do aborto. Houve, então, intensificação ainda maior do debate, com várias iniciativas de parlamentares identificados com as reivindicações do movimento feminista e, por outro lado, a contestação de congressistas vinculados à Igreja.

ROCHA e ANDALAF NETO (2003) apontam que o processo da Constituinte explicitou a polarização do debate sobre o aborto. A Igreja Católica, contando com o apoio de parlamentares evangélicos, trouxe a discussão sobre o tema, com intenção de proibir totalmente a prática do aborto, gerando intensa polêmica sobre a defesa da vida, desde a concepção, contrapondo-se à defesa da autonomia da mulher em decidir

sobre o assunto, reivindicada pelo movimento feminista. Em virtude da controvérsia sobre o tema, a questão não foi contemplada na Constituição de 1988.

Sobre as legislaturas de 1999-2003 e de 2003-2007, ROCHA (2009) afirma que foram 21 proposições contrárias ao direito ao aborto, sendo que

(...) Algumas propõem modificações restritivas em leis já existentes (como por exemplo, modificar a Constituição ou considerar a prática do aborto um crime hediondo); uma proposta versa a respeito de um serviço específico para receber denúncia sobre aborto clandestino; outras dispõem sobre medidas assistenciais do poder público para evitar o aborto decorrente de estupro, inclusive com um programa de orientação à gestante; e há ainda propostas que determinam o estabelecimento de datas específicas para combater a prática do aborto. Mais recentemente, sobretudo na legislatura 2003-2007, apesar de continuarem sendo remetidos projetos com aquele teor, foi também apresentado um conjunto de propostas favoráveis à prática do aborto em algumas circunstâncias. Nessa condição foram localizados 11 projetos: 2 de teor abrangente; 8 com propostas pontuais para ampliar os permissivos legais; e um projeto relativo à informação sobre o direito à assistência ao aborto previsto em lei. (ROCHA,2009:170)

Do total de proposições apresentadas nos períodos, apontados acima, somente duas foram aprovadas. Nenhuma delas versava diretamente sobre a descriminalização do aborto ou sobre a supressão dos permissivos legais.

De acordo com ROCHA e ANDALAF NETO (2003), a primeira proposição, aprovada em 1979, em um contexto de inquietação com o crescimento demográfico, alterava o artigo 20 da lei de contravenções penais, suprimindo desse artigo a proibição de anunciar-se processo, substâncias ou objeto referente à contracepção, mas mantendo a proibição do aborto.

A outra, aprovada em 1994, de autoria de Eduardo Jorge (PT-SP) e Sandra Starling (PT-MG), alterou o inciso II do artigo 131 da Consolidação de Leis de Trabalho, garantindo o abono de faltas que aconteçam em decorrência de abortamento, independente das circunstâncias em que ocorra, diferenciando-se do disposto anterior, que concedia abono somente ao aborto não criminoso.

A influência religiosa no debate sobre a liberalização do aborto ampliou-se na década de 90, exigindo uma resposta do movimento feminista e de mulheres. Segundo BARSTED (2009:245-6),

Importa destacar, na década de 1990, a ampliação, no Congresso Nacional, de grupos de parlamentares evangélicos que, junto com parlamentares com vínculos com a Igreja Católica, passaram a atuar fortemente contra posições liberalizantes em relação ao aborto. Cresceu, assim, nessa década, o campo de oposição religiosa à descriminalização do aborto (...). É nessa década que as feministas passam a introduzir e aprofundar em seus encontros e pronunciamentos o debate sobre os fundamentalismos, reconhecendo a existência de uma tendência de retrocesso internacional em relação ao aborto, especialmente nos EUA, e passam a se articular em relação à defesa do Estado laico, questão já colocada em décadas anteriores, mas ainda incipiente no debate público em geral e, particularmente, no debate promovido pelo movimento de mulheres.

Algumas proposições suscitaram intenso debate entre congressistas nos anos 90: o Projeto de Lei (PL) 1.135/91, de autoria dos ex- deputados Sandra Starling e Eduardo Jorge, que propõe a supressão do artigo que criminaliza o aborto (Art. 124 do Código Penal), e o PL 176/95, de autoria do ex-deputado José Genoíno (PT-SP), o qual propõe a descriminalização do aborto nos primeiros noventa dias de gestação. Esses projetos de lei não foram votados naquela década (ROCHA, 2009).

Importante ressaltar que o PL 1.135/91 está retido na Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados, desde 2008, tramitando em conjunto com o PL 176/95 (MAIORIA DOS PROJETOS..., 2010).

Por outro lado, foram apresentadas, naquela década, a Proposta de Emenda Constitucional, PEC 25/95, que propunha acrescentar ao artigo 5º da Constituição o princípio da inviolabilidade da vida “desde a concepção”, rejeitada após muitas contestações, e um projeto de decreto legislativo, de 1998, arquivado, o qual pretendia suspender a Norma Técnica do Ministério da Saúde, que preconizava a atenção ao aborto previsto em lei (ROCHA, 2009).

Nos anos 2000, ocorreram importantes eventos, que marcaram o confronto entre as diferentes posições em relação ao aborto. Na esfera do Executivo, em 2004, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República, realizou, em conjunto com o Conselho Nacional de Direitos da Mulher, a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, na qual se reafirmou a necessidade de revisão da legislação sobre a interrupção voluntária da gravidez (MATOS, 2010).

A partir dos resultados dessa Conferência, foi constituída, em 2005, uma Comissão Tripartite de Revisão da Legislação Punitiva do Aborto, formada por representantes da sociedade civil, Poder Executivo e Poder Legislativo, que encaminhou um anteprojeto ao Congresso propondo o direito à interrupção da gravidez, mas que não foi votado, em virtude da proximidade das eleições presidenciais naquele período.

De acordo com ROCHA (2009:171)

(...) Essa comissão, constituída por integrantes do poder executivo, do legislativo e da sociedade civil, sofreu forte influência do movimento feminista, tendo formulado um anteprojeto que previa o direito à interrupção da gravidez, com livre consentimento da gestante e realizado por médico – até 12 semanas de gestação em qualquer circunstância; até 20 semanas de gestação quando a gravidez resulta de crime contra a liberdade sexual; e nas situações de risco de saúde da gestante e de malformação congênita incompatível com a vida, ou grave e incurável enfermidade do feto.

Outro fato relevante, na última década, foi a discussão acerca da questão do aborto em casos de anencefalia fetal, malformação grave e incompatível com a vida extra-uterina<sup>15</sup>.

Estimativas apontam que, desde 1989, foram concedidas cerca de três mil autorizações judiciais para interrupção da gravidez, em caso de anencefalia do feto (ANIS, 2004). A maioria dos processos era de autoria de mulheres pobres, que dependiam da autorização para se submeterem ao procedimento nos hospitais públicos (LUCENA et al, 2009).

O debate sobre a liberação do aborto, nesses casos, envolveu a atuação do movimento feminista e da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), por um lado, e, de outro, entidades religiosas vinculadas, sobretudo, à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). ROCHA (2009) salienta a posição favorável da Igreja Universal do Reino de Deus nesse debate, e a resolução do Conselho Nacional de Saúde, a qual expressou apoio à interrupção da gestação em caso de anencefalia fetal.

Em julho de 2004, em processo instaurado a pedido da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde, com o apoio da Anis- Instituto de

---

<sup>15</sup> De acordo com DINIZ e VELEZ (2008:648), “em mais da metade dos casos, os fetos não resistem à gestação, e os poucos que alcançam o momento do parto sobrevivem minutos ou horas fora do útero”.

Bioética , Direitos Humanos e Gênero -, o Ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) , Marco Aurélio de Mello, concedeu liminar reconhecendo o direito da gestante em antecipar o parto em caso de anencefalia fetal, gerando forte reação, principalmente, da CNBB. Em outubro do mesmo ano, a liminar foi cassada. Audiências públicas foram realizadas em 2008, porém, a decisão final só ocorreu em 2012, quando a maioria dos ministros do STF julgou procedente a ação que pedia a descriminalização do aborto nos casos de anencefalia (NUBLAT, 2012).

Cumprir destacar a aprovação, em 2008, pela Câmara dos Deputados, da constituição da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre o aborto, com o objetivo de investigar o aborto clandestino no Brasil. A proposta, defendida, dentre outros, pelo deputado federal Luis Bassuma (PV-BA), presidente da Frente Parlamentar em Defesa da Vida, foi suscitada, segundo os parlamentares, após entrevista do Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, na qual afirmou a existência do comércio clandestino de substâncias abortivas e a prática do aborto no Brasil (AADS/IPAS, 2008).

Segundo o AADS/IPAS (2008), organização não governamental, que atua em temas relacionados à saúde e aos direitos reprodutivos da mulher,

Na ocasião, o ministro afirma que o aborto é uma questão de saúde pública e que deveria ser tratado como tal, buscando reduzir a alta taxa de mortalidade materna. Os parlamentares, em uma estratégia de argumentação política, inverteram a fala do ministro, que, em diversas ocasiões, se posicionou favorável à descriminalização da interrupção voluntária de gravidez.

A proposta da CPI do aborto foi amplamente contestada, e seus defensores não conseguiram, até o momento, implementá-la. De acordo



com os movimentos que a rejeitaram, a CPI do aborto se tratava de uma tentativa de perseguição e criminalização das mulheres, tal como ocorreu em 2007, quando quase 10 mil mulheres foram indiciadas pela prática de aborto, após uma série de ações policiais em clínicas clandestinas do Mato Grosso do Sul (CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR, 2008).

Nesse contexto, foi criada, em 2008, a Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto, a qual articulou vastos setores dos movimentos sociais ao movimento feminista, com o objetivo de denunciar as tentativas de retrocesso aos direitos das mulheres no Congresso Nacional e a onda de criminalização das mulheres na sociedade (FRENTE NACIONAL CONTRA A CRIMINALIZAÇÃO DAS MULHERES E PELA LEGALIZAÇÃO DO ABORTO, 2010).

É inegável que há uma ofensiva em curso dos congressistas ligados a setores religiosos e à Igreja Católica, no sentido de fazer retroceder a legislação, nos casos em que o aborto é permitido, e aprofundar a penalização das mulheres.

Exemplo disso foi a aprovação, em 2010, pela Comissão de Seguridade Social e Família, do PL 478/07, conhecido como Estatuto do Nascituro. O estatuto confere a proteção do direito à vida do nascituro desde a concepção, ameaçando os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e ampliando a criminalização, inclusive, nos casos em que o aborto é permitido (GALLI, 2010). Segundo o artigo 12 do Estatuto: “É vedado ao Estado e aos particulares causar qualquer dano ao nascituro em razão de

um ato delituoso cometido por algum de seus genitores”<sup>16</sup>. O PL prevê, ainda, o pagamento, pelo Estado, de uma pensão à criança, nos casos em que o estupro não for identificado, o que foi ironicamente denominado pelos setores contrários à proposta de “bolsa estupro”.

Paralelamente, é importante mencionar que, a despeito da laicidade do Estado, no início de 2010, o Presidente Luis Inácio Lula da Silva promulgou o acordo entre o Brasil e o Vaticano, firmado entre o presidente e o Papa Bento XVI, em 2008, no qual se estabelece a relação jurídica com a Igreja Católica no país (LULA ENVIA À CNBB..., 2010).

A pressão religiosa tem influenciado fortemente as decisões do Executivo. Recentemente, a reivindicação histórica das mulheres pela descriminalização do aborto e em defesa da autonomia sobre o próprio corpo, resoluções aprovadas nas Conferências Nacionais de Políticas Públicas para as Mulheres, em 2004 e 2007, e na 11ª Conferência Nacional de Direitos Humanos, realizada em 2008, foi incorporada na primeira versão do 3º Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH 3), lançado pelo governo em dezembro de 2009. Após pressão de setores conservadores, sobretudo, da Igreja Católica, o governo recuou no seu posicionamento, limitando-se a considerar o aborto como problema de saúde pública e se comprometendo a garantir o acesso aos serviços de saúde para os casos previstos em lei (CANTANHÊDE e IGLESIAS, 2010).

---

<sup>16</sup> BASSUMA, L. Projeto de Lei e outras proposições. Câmara dos Deputados. Disponível em [http://www.camara.gov.br/internet/sileg/Prop\\_Detalhe.asp?id=288053](http://www.camara.gov.br/internet/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=288053). [acesso em 30 jun 2010].

A reação conservadora ao PNDH 3, em torno da questão do aborto, foi uma prévia de como o tema seria tratado nas eleições gerais de 2010. O processo eleitoral foi marcado por forte apelo religioso e moral, com exceção dos partidos de esquerda (PSOL, PSTU, PCO, PCB), que demarcaram seus posicionamentos favoráveis à legalização do aborto, apesar do restrito espaço na propaganda eleitoral.

A então candidata, e, hoje, presidente, Dilma Rousseff (PT), que, em 2007, defendera a descriminalização do aborto, afirmou, no período eleitoral, ser “pessoalmente contra o aborto”. A contradição foi explorada por seu adversário José Serra (PSDB) e considerada um dos motivos que a fez perder votos no primeiro turno para Marina Silva (PV), candidata evangélica que se colocou contra a legalização do aborto (PSDB EXPLORA..., 2010; CAMPBELL, 2010).

A candidata petista chegou a divulgar um manifesto, distribuído em templos e igrejas, no qual se comprometeu em não alterar a legislação sobre o aborto, contrariando a pauta central do movimento feminista. Embora, do ponto de vista da questão de gênero, a campanha de Dilma Rousseff tenha sido criticada por feministas históricas ligadas ao PT, sua candidatura foi apoiada por esse segmento (FEMINISTAS CRITICAM...,2010; NUBLAT, 2010).

Representantes de igrejas evangélicas pressionaram para que Dilma Rousseff assumisse o compromisso de vetar qualquer projeto aprovado no Congresso contra a “vida e valores da família” (FALCÃO, 2010). A petista não fez essa afirmação no manifesto, mas declarou

(...) Dirijo-me mais uma vez a vocês, com o carinho e o respeito que merecem os que sonham com um Brasil cada vez mais perto da premissa do Evangelho de desejar ao próximo o que queremos para nós mesmos.

(...) Eleita presidente da República, não tomarei a iniciativa de propor alterações de pontos que tratem da legislação do aborto e de outros temas concernentes à família e à livre expressão de qualquer religião no país.

(...) O PNDH3 é uma ampla carta de intenções, que incorporou itens do programa anterior. Está sendo revisto, e, se eleita, não pretendo promover nenhuma iniciativa que afronte a família<sup>17</sup>.

Já o candidato José Serra (PSDB), embora tenha assinado, em 1998, a Norma Técnica que preconiza a atenção ao aborto previsto em lei nos serviços públicos, afirmou, no início da campanha, que a legalização do aborto seria uma carnificina. Sua campanha, também, foi marcada por ampla agenda religiosa, na qual se apresentou como um “homem de bem”, defensor dos valores cristãos, da família e do respeito à vida (NO RÁDIO, ..., 2010).

Setores da Igreja Católica, ligados à CNBB, chegaram a divulgar aos fiéis panfletos descartando o voto católico nos candidatos que defendessem o aborto, posicionando-se politicamente contra o PT e sua candidata. Em nota, a CNBB nacional assegurou desautorizar qualquer decisão contrária à da Assembléia Geral, a qual, segundo a entidade, não teria vetado candidatos ou partidos (CNBB RECONHECE ..., 2010).

A imprensa brasileira trouxe a questão do aborto para o centro do debate eleitoral, tendo em vista que candidatos passaram a explorar o

---

<sup>17</sup> Disponível em: [http://media.folha.uol.com.br/poder/2010/10/15/carta\\_mensagem\\_dilma.pdf](http://media.folha.uol.com.br/poder/2010/10/15/carta_mensagem_dilma.pdf) [acesso em 28 out 2010].

tema, como forma de obter votos entre os setores religiosos. Segundo a antropóloga Débora Diniz, em entrevista à revista *Época* (MELLO, 2010),

O aborto se transformou em uma moeda de troca para angariar votos, em particular das comunidades evangélicas e católicas. As concessões políticas feitas pelos candidatos devem ser consideradas ameaças democráticas, pois indicam a força das religiões no espaço público. Não é o tema do aborto e a saúde das mulheres o que está sendo discutido, mas se as plataformas religiosas devem regular ou não a sexualidade e a reprodução das mulheres.

O desfecho dessa campanha eleitoral, abalizada pelo retrocesso no debate sobre o aborto e pela ampla influência religiosa, foi marcado pelo pronunciamento do papa Bento 16 aos membros da CNBB, a três dias do segundo turno das eleições, recomendando que bispos brasileiros orientassem politicamente os fiéis, intervindo na campanha para condenar o aborto (SCHWARTSMAN, 2010).

Interessante notar que a reação do movimento feminista, de mulheres e de organizações que defendem seus direitos sexuais e reprodutivos, pouco foi noticiada na grande imprensa. O IPAS divulgou algumas iniciativas que contestam a forma como a questão do aborto foi tratada no contexto eleitoral. Vale destacar as importantes manifestações (IPAS, 2010d):

- Nota pública do CLADEM – Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher: Eleição presidencial: Estado democrático Laico ou clerical (eclesiástico)?

- Nota de repúdio da Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto contra o uso eleitoral do debate sobre o aborto
- Petição criada em 12/10/10: Manifesto de indignação pela forma como a questão do aborto está sendo instrumentalizada no atual período eleitoral
- Manifesto em defesa do Estado Laico, publicado pela Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Pará (OAB/PA) e assinado por profissionais de diversas áreas e entidades civis.
- Eventos em favor do Estado Laico, realizados em 20 de outubro, no Pará e no Rio de Janeiro.

Nos últimos anos, como vimos, algumas iniciativas parlamentares têm configurado um cenário desfavorável para a luta das mulheres pela legalização do aborto. O aumento de 47% da bancada evangélica no Congresso, nas últimas eleições (SALOMON, 2010), sinaliza a intensificação da ofensiva conservadora contrária à descriminalização do aborto.

Agrega-se a isto o fato de que, segundo pesquisa de opinião realizada pelo Datafolha, o apoio à proibição do aborto é o mais alto, desde 1993. De acordo com a pesquisa, realizada no período das eleições gerais de 2010, 71% dos entrevistados afirmam que a legislação sobre o aborto deve ser mantida como está, contra 11% que defendem a ampliação dos permissivos legais e 7% que apóiam a descriminalização (MACHADO, 2010).

No início de 2012, a questão do aborto é novamente centro de polêmica no governo, com a nomeação de Eleonora Menicucci, histórica defensora e militante pela legalização do aborto, para a Secretaria de Políticas para as Mulheres. No entanto, após a posse, a ministra assegurou que, apesar de suas convicções pessoais, sua posição seria a do governo, seguindo sua diretriz sobre o tema, qual seja a de não propor alterações na legislação (NUBLAT, 2012).

Buscamos apresentar um breve panorama político sobre a questão do aborto no Brasil, destacando os momentos de avanços e recuos na abordagem do problema. Fruto da ação política dos sujeitos envolvidos, destacamos, na seção, a seguir, o desenvolvimento e implementação das políticas de atenção à saúde da mulher e, especificamente, a normatização do Ministério da Saúde acerca da atenção ao aborto.

### 2.3 A NORMA TÉCNICA DE ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTAMENTO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

No Brasil, as políticas públicas de atenção à saúde da mulher se estruturaram, até a década de 80, em torno da assistência à saúde, em razão da maternidade, normatizando o corpo e a sexualidade feminina com vistas à reprodução social (OSIS, 1998; FERREIRA, 2006).

A proteção da saúde materno-infantil torna-se alvo das políticas governamentais no início do século XX (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005), numa conjuntura política e econômica que, por um lado, privilegiava o

crescimento populacional para o avanço da industrialização e, por outro, explorava a força de trabalho das mulheres. De acordo com ROHDEN (2003:213),

A proteção à mulher trabalhadora e a assistência médica, que passavam cada vez mais a ser defendidas pelos médicos e que estariam motivando atitudes do governo, tinham como foco a capacidade de produzir filhos saudáveis para a pátria. Na medida em que passava a ser cada vez mais responsabilizada pelo futuro do 'capital humano' da nação, a mulher conquistava uma nova atenção e uma nova percepção por parte dos médicos, especialmente aqueles dedicados à reprodução.

A perspectiva materno-infantil passa a ser questionada no início da década de 80, com o movimento feminista levantando reivindicações em torno da autonomia sobre o próprio corpo e o controle da fecundidade, situando a anticoncepção no âmbito da saúde reprodutiva, na perspectiva da integralidade e da humanização da atenção como um direito das mulheres (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005).

Sob o contexto político de ditadura militar e em um momento em que as autoridades debatiam a adoção de políticas de controle de natalidade, foi lançado pelo governo federal, em 1984, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Elaborado com a participação de feministas e de profissionais de saúde, o PAISM preconizava a atenção à mulher em sua integralidade, em todas as fases da vida, enfatizando ações de Planejamento Familiar, como estratégia para evitar as gestações não planejadas e, conseqüentemente, o aborto provocado (HARDY e REBELLO, 1996; MATOS, 2010; BARSTED 2009).



A despeito de ter sido considerada uma proposta avançada na abordagem de saúde reprodutiva, o programa foi criticado por alguns segmentos. De acordo com OSIS (1998:28),

As reações contrárias ou suspeitosas com relação ao lançamento do Programa estiveram pulverizadas em diferentes setores da sociedade, como alguns grupos de mulheres, algumas facções dentro de partidos políticos, membros do setor acadêmico em geral e da categoria médica, especialmente profissionais ligados à Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). De modo geral, essas reações estavam vinculadas a uma possível contradição entre o conteúdo explícito do Programa (integralidade e universalidade em que supostamente se embasaria) e as suspeitas de que o PAISM, na verdade, não passaria de um disfarce do Governo para agir no sentido de controlar a natalidade da população.

Tais grupos criticaram, também, o fato de o PAISM centrar toda a responsabilidade da reprodução sobre as mulheres, "... de maneira que cabia atuar sobre ela, massiva e intensamente, a fim de alcançar um controle demográfico" (OSIS, 1998:28), o que explicitava, segundo os críticos, o caráter controlista do Programa.

Apesar de ter se constituído como uma importante proposta para a atenção à saúde da mulher, houve muitas dificuldades na implementação do PAISM. Dentre elas, CARVALHO et al (2007) apontam os prejuízos à integralidade com a fragmentação de programas e a não execução da maioria das propostas, inclusive, ações de planejamento familiar. Ressaltamos a crítica de OSIS (1998:31), a qual se enquadra, também, no atual contexto de atenção à saúde da mulher:

não se pode analisar tal fato de forma isolada e exclusiva. Vê-se a inoperância do programa juntamente com o caos de todo o sistema público de saúde, que tem sido debatido exaustivamente nos dias atuais. A saúde das mulheres não é

bem tratada, da mesma maneira que a saúde das crianças, dos homens, da população em geral, não recebe a atenção necessária nos serviços públicos.

No que se refere às políticas públicas voltadas para a questão do aborto, vale ressaltar a implantação do primeiro programa de Aborto Legal em hospitais públicos brasileiros, em 1989, no Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya, em São Paulo, seguido de um ligeiro aumento, na década de 90, do número de hospitais que realizam o procedimento previsto em lei (ROCHA e ANDALAF NETO, 2003).

Convém mencionar ainda que, juntamente com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e com o Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP), o Ministério da Saúde vem co-promovendo, desde 2000, os Fóruns Interprofissionais sobre o atendimento à mulher vítima de violência sexual, que contribuem, sobretudo, para a elaboração de propostas e implementação de ações que fortaleçam a atenção integral a essas mulheres, incluindo a interrupção legal da gestação<sup>18</sup>.

Em 1998, o Ministério da Saúde lança a Norma Técnica *Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*, a qual normatiza os procedimentos para a atenção às mulheres com gravidez decorrente de violência sexual e que solicitam a interrupção da gestação nos serviços públicos de saúde (MINISTÉRIO DA

---

<sup>18</sup> O I Fórum Interprofissional foi realizado pelo CEMICAMP e o Departamento de Tocoginecologia da Unicamp em 1996, visando discutir a implementação do aborto previsto em lei. Nos anos subsequentes, ampliou-se o enfoque dos eventos anteriores, sendo que, a partir do IV Fórum, realizado em 1999, passou a ser denominado "Fórum Interprofissional sobre atendimento da mulher vítima de violência sexual". (FAÚNDES, 2002).

SAÚDE, 1999). Esta Norma, revisada e ampliada em 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a), orienta a organização da atenção à saúde das mulheres vítimas de violência sexual e ao aborto previsto no Código Penal, reforçando que os serviços públicos de saúde do país devem oferecer o abortamento legal e seguro às mulheres que possuem tal direito.

Em 2004, sob as mesmas bases do PAISM, o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Visando reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis e fomentar a implementação de ações que contribuíssem para a garantia dos direitos humanos das mulheres, o programa define, como princípios norteadores, a integralidade e a promoção da saúde da mulher.

Além disso, o PNAISM inclui a qualificação e humanização da assistência à saúde da mulher em situação de abortamento como um de seus objetivos específicos, conforme expresso no Plano de Ação 2004-2007 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004:11): "... promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras para mulheres e adolescentes", apoiando a capacitação dos profissionais de saúde como uma das ações para alcançar este objetivo.

Em consonância com as recomendações das Conferências do Cairo e de Beijing, das quais o Brasil é signatário, e com as diretrizes do PNAISM, é publicada, em 2005, pelo Ministério da Saúde, a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento (NTAHA), que reconhece a interrupção voluntária da gravidez como problema de saúde pública e aponta

orientações legais, éticas e práticas para o atendimento às mulheres em processo de abortamento.

Dirigida aos gestores, serviços e profissionais de saúde, a Norma Técnica estabelece um modelo de atenção pautado na perspectiva da integralidade, desde o cuidado imediato, o acolhimento e a orientação, até a prevenção de abortamentos repetidos, preconizando a humanização do atendimento, independentemente de o aborto ser espontâneo ou provocado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b).

Assim, a NTAHA pauta-se em cinco elementos principais :

1. A parceria entre a comunidade e profissionais e prestadores de serviços de saúde com enfoque na prevenção de gestações não planejadas e no abortamento inseguro
2. O acolhimento e orientação adequados voltados para as especificidades da saúde física e mental das mulheres
3. Atenção clínica adequada ao abortamento e às suas complicações, em consonância com os preceitos éticos, legais e bioéticos
4. Oferecimento de serviços de planejamento reprodutivo pós-abortamento
5. Integração com outros serviços de atenção à saúde da mulher

Ademais, o documento apresenta os fundamentos legais, no que tange ao ordenamento jurídico brasileiro e internacional, considerando o direito das

mulheres à assistência humanizada e o dever do profissional de observar e respeitar tal direito (PAGANI, 2010).

Ressalta-se, entretanto, a dificuldade, apresentada por recentes pesquisas, referente ao evidente desconhecimento de profissionais de saúde sobre a NTAHA e, conseqüentemente, a não execução das recomendações explicitadas. De acordo com OLIVEIRA et al (2009:163),

(...) Quanto a políticas públicas que minimizem o sofrimento das mulheres em situação de abortamento inseguro, e enquanto não se descriminaliza o aborto no Brasil, a já referida norma técnica (...) regulamenta a assistência respeitosa para com as mulheres nessa situação, determinando que a equipe multiprofissional não faça julgamento moral das mulheres e não as culpabilize, não realizando, por exemplo, sem anestesia, procedimentos para os quais o seu uso estaria indicado. Se, por um lado, essa norma foi um passo decisivo para o exercício dos direitos reprodutivos, por outro nossa prática tem demonstrado que a maioria dos profissionais não a conhece. A mesma situação pode ser encontrada entre os gestores dos hospitais, que não se preocupam com sua divulgação. A despeito das medidas oficiais tomadas, não se percebem indícios de mudança no sentido de humanização da assistência ao processo de abortamento.

Nesse sentido, estudos têm constatado que usuárias que procuram serviços públicos de saúde, em decorrência de aborto provocado, ainda são discriminadas (CARVALHO et al, 2008; GESTEIRA, 2008).

CARVALHO et al ( 2008) consideram que a ilegalidade do aborto no Brasil dificulta as iniciativas de qualificação do atendimento. Com base em análise de registros em prontuários, os autores demonstraram limitações técnicas e de humanização na assistência às mulheres em situação de abortamento, em um hospital Universitário da região Sul do Brasil.

Da mesma forma, OLIVEIRA et al (2009:162) comentam a influência da ilegalidade do aborto na proposta de humanização do atendimento:

(...) tal atenção à mulher em processo de abortamento provocado tem sido negada, excluída ou postergada pelos profissionais de saúde, devido à condição de ilegalidade e, por conseguinte, sua condenação social. Com isso, a história da mulher, incluindo o próprio abortamento, são reprimidos. O diálogo proibido nos serviços de atendimento distancia o vislumbre da possibilidade de assistência humanizada, sem discriminação de qualquer natureza.

Pesquisa conduzida por GESTEIRA et al.(2008), em uma maternidade pública de Salvador-BA, demonstrou o peso da ilegalidade e da condenação social sobre a conduta de uma equipe de enfermagem. As profissionais reconhecem a discriminação ao afirmarem que priorizam a assistência às parturientes, puérperas e gestantes, em detrimento das mulheres em processo de abortamento.

Além da relação entre o profissional e a mulher atendida, MENEZES e AQUINO (2009: 196) afirmam que deve, também, ser ponderada "... a discriminação institucionalizada na estrutura física, nos espaços destinados às mulheres que abortam e na forma de organização do atendimento".

Importante destacar a iniciativa do AADS/IPAS (2009a, 2009b, 2010a, 2010b, 2010c), em conjunto com o Grupo Curumim, CFEMEA (Centro Feminista de Estudos e Assessoria), Rede Feminista de Saúde e outras organizações, que têm realizado estudos e publicado dossiês que retratam a situação do aborto nos Estados e o impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e nos serviços de saúde. Já foram realizadas pesquisas nos Estados de Pernambuco, Bahia, Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul e Paraíba, as quais revelaram a falta de humanização do atendimento às mulheres em situação de abortamento.

A Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento coloca em evidência a necessidade da atenção adequada à mulher que provoca o aborto. Porém, a criminalização dessas mulheres, o medo de serem denunciadas, o tratamento discriminatório por parte de profissionais, além, em âmbito geral, da precarização e terceirização dos serviços públicos de saúde<sup>19</sup>, podem dificultar a proposta de humanização.

Assim sendo, haja vista a escassez de estudos sobre o tema, aqui apresentado, bem como sua dimensão política e social, é pertinente discutir, transcorridos seis anos da publicação da NTAHA, como está sendo realizada a atenção à saúde da mulher em situação de abortamento, visando ampliar o debate sobre a questão.

---

<sup>19</sup> Há que se considerar, nesse contexto, o redesenho das ações sociais do Estado, desde a década de 90, no sentido de transferir suas atividades para a iniciativa privada, sob a perspectiva do Estado como subsidiário e não executor de tais ações. É notório o crescimento das parcerias público privadas (PPP) e a atuação das organizações de Saúde (OSS), as quais “retiram a saúde (...) do campo dos direitos sociais para colocá-la no setor dos serviços não exclusivos do Estado, definidos por um agente indefinido, ‘o mercado’, que traz embutido nas suas entranhas os interesses do capital: lucros e concentração de riqueza(...)” (VASCONCELOS,2007:92).

## **II. PERCURSO METODOLÓGICO**



## 1 OBJETIVOS

O objetivo geral da pesquisa consiste em compreender a atenção à saúde da mulher em situação de abortamento, à luz da proposta de humanização do atendimento preconizada pelo Ministério da Saúde. Especificamente, buscamos:

- Descrever o perfil de um grupo de mulheres atendidas por abortamento em um Hospital Municipal da região sul do município de São Paulo, segundo algumas características socioeconômicas e reprodutivas
- Descrever o perfil sócio ocupacional dos profissionais envolvidos nesse atendimento
- Conhecer as percepções das mulheres participantes do estudo sobre a atenção recebida
- Desvelar a opinião e a atuação dos profissionais envolvidos frente à situação de abortamento
- Descrever a execução das estratégias de atendimento preconizadas pela Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento
- Identificar os conhecimentos desses profissionais acerca da legislação brasileira sobre o aborto e da Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento

## 2 PRESSUPOSTOS TEÓRICO- METODOLÓGICOS

Toda pesquisa tem como desafio confrontar o real em suas particularidades para, assim, chegar ao mais complexo e desvelar a totalidade da realidade, que se propõe investigar. Para este trabalho, isso significa, por um lado, situar a questão do aborto no interior do processo geral da sociedade e das relações sociais historicamente determinadas e, de outro, discutir seus aspectos específicos e expressões individuais.

É importante demarcar que nossa pesquisa não é isenta de posição. Ao contrário, está alicerçada em concepções ideológicas e políticas vinculadas à visão de mundo da pesquisadora e da orientadora. Nesse sentido, de acordo CHIZZOTTI (2010), o pesquisador torna-se parte integrante desse processo de conhecimento, estando implicado com o objeto e compromissado com a compreensão do fenômeno estudado.

Assumimos a perspectiva do materialismo histórico dialético, como base filosófica de análise e compreensão da realidade, buscando aliar o método à análise teórica e à prática investigativa. Cabe ressaltar que o método, nessa perspectiva, “não se confunde com regras ou técnicas intelectivas” (BEHRING e BOSCHETTI, 2006:36). Segundo as autoras:

A perspectiva do método dialético materialista não é captar e exaurir todos os aspectos, caracteres, propriedades, relações e processos da realidade. É sim, uma teoria da realidade e do conhecimento que se tem dela como totalidade concreta. A dialética compreende a realidade que possui sua própria estrutura (não é caótica), que se desenvolve (não é imutável, nem dada de uma vez por todas); que se vai criando (não é um perfeito e acabado, é histórica e social). (p.41)

A relevância do materialismo histórico dialético para a pesquisa assenta-se na apreensão dos fenômenos como concretudes históricas. Outro aspecto importante refere-se à estreita relação entre a teoria, o método e a ação prática, considerando que a produção do conhecimento deve se orientar para a intervenção concreta sobre o real. De acordo com SKALINSKI e PRAXEDES (2003:307):

(...) pode-se dizer que o método visa às leis de transformação dos fenômenos, onde o sujeito do conhecimento parte do concreto, reconstrói em seu pensamento seu objeto de estudo- descobrindo suas variantes, conexões, determinantes- e, posteriormente, insere-o novamente no concreto.

Propõe-se aqui, portanto, uma pesquisa de vertente qualitativa, a qual, segundo CHIZZOTTI (2010), parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real, o sujeito e o objeto, e nos possibilita apreender a realidade por meio da interpretação dos sujeitos que a vivenciam.

A fim de trabalharmos com os dados obtidos, utilizamos como metodologia a Análise de Discurso, visando enriquecer a leitura das informações obtidas. De acordo com MINAYO (2004:211), a Análise de Discurso articula três regiões do conhecimento, quais sejam:

(a) o Materialismo histórico como teoria das formações sociais e suas transformações estando incluída aí a ideologia; (b) a Linguística enquanto teoria dos mecanismos sintáticos dos processo de enunciação; (c) a Teoria do Discurso como determinação histórica dos processos semânticos

A partir da orientação teórica metodológica aqui apontada, conduzimos a interpretação dos resultados na perspectiva de que os discursos são

perpassados por posições ideológicas e vinculados ao processo socioeconômico, político e cultural dos sujeitos da pesquisa.

Em suma, para tratar nosso objeto, fizemos uma pesquisa social dividida em três momentos: o primeiro constituiu-se de pesquisa bibliográfica e documental, apoiando-nos em material sobre o tema do aborto publicado a partir da década de 80, além de periódicos *on-line* e matérias divulgadas na imprensa, entre 2010 e 2012; o segundo momento, de aproximação com o objeto de estudo, concretizado pelo trabalho de campo; e o terceiro, a sistematização e análise dos dados que resultaram nesta dissertação.

### 3 O TRABALHO DE CAMPO

#### 3.1 O SERVIÇO E OS SUJEITOS DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Centro Obstétrico de um hospital municipal da cidade de São Paulo<sup>20</sup>, no período de 26 de abril a 30 de maio de 2011. Elegemos este hospital por ter sido, há alguns anos atrás, referência no atendimento dos casos de aborto legal e, também, pela facilidade apresentada para o trabalho em campo.

O Hospital Municipal caracteriza-se como hospital-geral e está localizado na região sul da cidade de São Paulo, concebido para o atendimento de casos complexos, que vão além das especialidades médicas básicas. O Pronto-Socorro (PS) integra as instalações do Hospital Municipal e funciona 24 horas por dia para atender pacientes em situação de urgência e emergência.

No que tange à saúde da mulher, o hospital é referência no atendimento a gestantes de alto risco e esteve inserido no Programa de Aborto Legal. Cabe ressaltar que este programa, implantado no Hospital em 1989, contava com equipe multiprofissional específica para o atendimento das mulheres vítimas de violência sexual, realizando o aborto previsto em lei. No entanto, o serviço foi desativado em 2010, em virtude da falta de profissionais médicos para sua continuidade, de acordo com informações da assistente social que fazia parte da equipe do referido Programa.

---

<sup>20</sup> Não identificaremos o serviço para preservar os trabalhadores e as pacientes.

Os sujeitos do presente estudo são pacientes e profissionais que aceitaram participar da pesquisa, independentemente de características como idade, estado civil, religião e raça. Participaram da pesquisa nove mulheres atendidas pelo serviço, com diagnóstico de abortamento incompleto ou complicações decorrentes de abortamento, e oito profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento, quais sejam, quatro auxiliares de enfermagem (AE); duas enfermeiras (E) e dois médicos (M).

Optamos por entrevistar profissionais que tinham, pelo menos, um ano de atuação no Centro Obstétrico, dada a importância de nos informarem sobre possível capacitação referente à humanização do atendimento às mulheres, em situação de abortamento, naquele serviço, durante o último ano.

No que se refere às pacientes, a seleção das mulheres ocorreu no período em que se encontravam internadas naquele setor e que estivessem em condições físicas satisfatórias para a entrevista.

Ressaltamos que a proposta inicial da pesquisa era entrevistar pacientes internadas com complicações de abortamento provocado, problematizando a proposta de humanização, no contexto de ilegalidade do aborto. No entanto, já no início da pesquisa, verificamos que seria difícil identificarmos essas mulheres, uma vez que, por se tratar de ato ilegal, de forma generalizada, raramente assumem tal prática e não havia registro médico que fizesse referência a essa possibilidade. Portanto, nesse cenário, optamos em realizar as entrevistas com mulheres que chegavam em

situação de aborto , independentemente de ser aborto espontâneo ou provocado.

Como outros temas que envolvem corpo e sexualidade feminina, constatamos o quanto a problemática do aborto é silenciada. O fato de o tema adentrar a seara jurídica, religiosa e moral, pode justificar a negativa de alguns profissionais em participarem do estudo, sobretudo, médicos. Desta categoria, de seis profissionais abordados, somente dois aceitaram participar da pesquisa. Alguns falavam informalmente sobre o tema, mas preferiam não terem registrados seus comentários.

Cabe destacar, por fim, que a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento (NTAHA) aponta, além das orientações clínicas, a necessidade de atenção psicossocial. No entanto, assistentes sociais e psicólogos não participaram da pesquisa, pois, no hospital municipal, esses profissionais não compõem a equipe de assistência às mulheres em situação de abortamento.

### 3.2 A ENTRADA NO CAMPO DE PESQUISA

O primeiro contato com o serviço foi estabelecido, primeiramente, por telefone, junto a uma das assistentes sociais do Hospital, com a qual agendamos um horário para conversarmos sobre a pesquisa. Na ocasião, apresentei o pré-projeto da pesquisa e, de imediato, a profissional salientou a relevância de nosso tema, colocando-se à disposição para colaborar no

que fosse necessário. Cumpre destacar que sua receptividade impulsionou sobremaneira a coleta de dados e o posterior desenvolvimento da pesquisa.

Após aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, o que ocorreu aproximadamente três meses depois, iniciamos o trabalho de campo. No primeiro e no segundo dia, fomos apresentadas, pela assistente social, aos profissionais do Centro Obstétrico. Após fornecer algumas informações, tais como formação profissional e universidade a qual o estudo estava vinculado, sucintamente, discorremos sobre os objetivos da pesquisa.

A receptividade dos profissionais do Centro Obstétrico variou do receio e da indiferença à colaboração. Com o decorrer das semanas em campo, evoluiu para o apoio ao trabalho, principalmente, por parte das auxiliares de enfermagem. Um facilitador na integração com os profissionais ocorreu quando souberam que a pesquisadora também era “funcionária” da prefeitura, atuando como assistente social em Unidade Básica de Saúde. Tal informação repercutiu na postura dos profissionais, uma vez que, aparentemente, minimizou o distanciamento pesquisador-pesquisado.

A primeira fase de coleta dos dados consistiu em conversas informais com membros da equipe a fim de estabelecer uma relação de confiança acerca da relevância da pesquisa. Este momento foi fundamental, à medida que nos possibilitou obter informações acerca do serviço e a colaboração para a coleta de dados, a partir da identificação de pacientes admitidas com quadro de abortamento.



Dessa forma, a primeira semana em campo foi dedicada à familiarização com a equipe do centro obstétrico (CO) e à observação de aspectos centrais do funcionamento e regras do serviço, tais como dinâmica do atendimento, forma de ingresso das pacientes e atenção assistencial e institucional às mulheres em processo de abortamento.

Cumpríamos a rotina de, ao chegarmos ao Centro Obstétrico, procurarmos as auxiliares de enfermagem do plantão, que nos informavam sobre as pacientes internadas em decorrência de abortamento. Cabe destacar que, nas três primeiras semanas, a coleta de dados ocorreu de segunda a sexta-feira, alternando os períodos manhã (8 às 12 hs) e tarde (14 às 18 hs), e, nas semanas subsequentes, em dias alternados, optando pelos plantões da equipe que mais colaborava com o estudo, no sentido de facilitar a realização das entrevistas.

### 3.3 AS ENTREVISTAS

Tendo em vista o objetivo proposto, a técnica de entrevista semi-estruturada mostrou-se o melhor recurso para coleta de dados, à medida que, segundo TRIVIÑOS (1987), possibilita o enriquecimento da investigação valorizando a presença do investigador, além de permitir maior liberdade e espontaneidade ao entrevistado.

Para tanto, elaboramos um roteiro temático que contemplava os principais aspectos do problema, visando facilitar a condução da entrevista. Realizamos um pré-teste para verificarmos a estrutura e a clareza do roteiro,

por meio de uma entrevista preliminar com uma profissional (colega de trabalho da pesquisadora) e com uma mulher (amiga da pesquisadora), pessoas que possuíam características semelhantes à da população alvo deste estudo.

No caso dos profissionais de saúde, além das informações necessárias para a caracterização do perfil sócio ocupacional, o roteiro contemplou dois blocos de questões norteadoras:

1. Sobre a questão do aborto

- Conhecimentos acerca das disposições legais sobre aborto

- Opinião sobre essa legislação

- Possíveis implicações da condição de ilegalidade do aborto provocado no atendimento

2. O atendimento á saúde da mulher em situação de abortamento

- Procedimentos da equipe neste atendimento

- Percepções sobre a assistência

- Conhecimentos/Capacitação sobre a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento

As entrevistas ocorreram na própria unidade de trabalho, em momento indicado pelos profissionais. Por se tratar de setor de pronto-atendimento,

muitas vezes, as entrevistas eram interrompidas e dávamos continuidade, posteriormente. As entrevistas com os profissionais foram realizadas na antessala do “conforto médico”, espaço destinado ao descanso dos médicos do plantão, e durou, em média, 30 minutos, variando de 10min15s a 45 min.

Ressaltamos que, quando mencionados os procedimentos e a dinâmica de atendimento às mulheres em situação de abortamento, era solicitado que o entrevistado comentasse, especificamente, sobre pontos indicados pela NTAHA, tais como acolhimento, informação, profissionais envolvidos, atenção clínica, orientação pós-aborto e oferta de contraceptivos, etc. Da mesma forma, no item “percepções sobre o atendimento”, os profissionais eram encorajados a discorrerem, também, sobre os aspectos que mudariam nesta atenção.

O instrumental para coleta de dados, junto às mulheres, contemplou, além de seção referente às características socioeconômicas e história reprodutiva, os seguintes temas:

1. Sobre a gravidez e o aborto

- Se a gravidez foi planejada
- Motivos do aborto
- Sentimentos vivenciados
- Participação do parceiro e/ou familiares nesse processo

2. Sobre a chegada ao hospital e a atenção recebida

- Percurso até o hospital (com quem veio, como veio, etc.)
- Como foi o atendimento no hospital
- Percepções sobre a atenção recebida
- Sugestões de melhora no atendimento

### 3. Opinião sobre a questão do aborto provocado (descriminalização/legalização)

As entrevistas com as mulheres foram realizadas após os procedimentos médicos, em sua maioria, quando aguardavam a alta hospitalar. Na ocasião da entrevista, nos apresentávamos, esclarecendo o objetivo do trabalho, em linguagem de senso comum, assim como o caráter voluntário e sigiloso da pesquisa. De dez pacientes selecionadas, somente uma não aceitou participar da pesquisa.

Considerando a natureza do tema e a condição de fragilidade emocional em que a paciente se encontrava, num primeiro momento conversávamos informalmente com ela, deixando que relatasse sobre os sentimentos vivenciados, para, posteriormente, iniciarmos a abordagem dos temas em questão.

As entrevistas foram realizadas com privacidade e sem interrupções. A maioria ocorreu na sala de observação, quando a paciente estava sozinha. Quando havia outras pacientes na sala, utilizávamos o espaço reservado, atualmente, para os exames de tocoginecologia (se estivesse disponível).

Apesar do contexto tenso da instituição hospitalar e apreensão dos entrevistados em discorrerem sobre a temática naquele ambiente, observamos, por meio de algumas falas, que conversar com a entrevistadora, naquele momento, foi fator de alívio para algumas pacientes, conforme pode ser observado mais adiante.

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram registradas por meio de gravação em recurso MP3, transcritas e fichadas pela própria pesquisadora. A transcrição ocorria concomitante à realização das entrevistas, possibilitando o aprimoramento das entrevistas seguintes.

No momento da transcrição, foram assinaladas diferentes entonações de voz, pausas, sinalizadores de interrogação, além de outras variações ocorridas na entrevista, constituindo elementos importantes para análise.

Após a transcrição, realizamos uma leitura exaustiva desse material, recortando-se temas e sub-temas para construção de eixos temáticos, pautados no roteiro de entrevista e em novas questões que emergiram das entrevistas.

Nesta etapa, problematizamos as idéias explícitas e implícitas no texto, buscando seus sentidos sócio-históricos, políticos e culturais, estabelecendo o diálogo dessas concepções com estudos já realizados sobre o tema.

Assim, foram definidos os seguintes eixos temáticos:

1. Vivências das mulheres em situação de abortamento
2. Concepções e práticas dos profissionais
3. Reflexões sobre descriminalização e legalização do aborto

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi realizada de acordo com os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS /196 de 10/10/96.

O projeto inicial de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEP/SMS), com parecer favorável emitido em 12 de abril de 2011 (nº 90/11), após respostas às pendências apontadas no parecer nº 47/11 de 08 de fevereiro de 2012. Concomitantemente, o projeto foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública e aprovado em janeiro de 2011 (Anexo 3).

Conforme orientação do CEP/SMS, parecer nº 47/11, foi dispensado o uso de identificação pessoal no TCLE, o qual foi substituído pelo Termo de Responsabilidade do Pesquisador, constando todas as informações sobre a pesquisa, a garantia de sigilo e as condições de participação dos entrevistados (Anexo 1 ).

As entrevistas transcritas e as informações armazenadas em MP3 serão mantidas sob guarda da pesquisadora por cinco anos, juntamente com os demais documentos recomendados pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública.

### **III. RESULTADOS**

## **1 CONHECENDO OS SUJEITOS DA PESQUISA**

### **1.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO E HISTÓRIA REPRODUTIVA DAS PACIENTES**

Como mencionado, participaram do estudo 09 mulheres em situação de abortamento admitidas na emergência do Centro Obstétrico (C.O) do Hospital Municipal. A maioria é jovem, sendo que, na ocasião da entrevista, quatro tinham idade entre 16 e 21 anos e cinco entre 22 e 35 anos. Quatro pacientes se auto declararam brancas; duas morenas; duas pardas e uma se auto declarou negra.

A maioria das participantes é natural da cidade de São Paulo. Três são migrantes nordestinas, há mais de cinco anos em São Paulo (Gardênia, Margarida e Antônia).

Das entrevistadas, apenas uma não reside em bairro próximo ao hospital (Tânia). O restante apontou o Hospital Municipal como serviço de saúde mais próximo para os casos de emergência, o que diverge da afirmação de alguns profissionais, segundo os quais muitas pacientes com complicações decorrentes de abortamento vêm de outras regiões da cidade pela notoriedade do Hospital Municipal como referência para atendimento de casos de aborto.

Referente à escolaridade, ocupação e renda, somente duas pacientes concluíram o ensino médio. A maioria trabalha, sendo que duas estão na informalidade, sem registro em carteira (Rosa e Angélica). A renda familiar das entrevistadas variou entre um e três salários mínimos.



Na situação conjugal, quatro mulheres declararam viver com o parceiro, sendo duas com união formalizada (Margarida e Valéria). Quatro referiram estar namorando e residindo somente com os filhos ou com os pais e uma declarou não ter companheiro (Rosa). Interessante notar que, apesar de a maioria ter um parceiro, vivendo ou não conjuntamente, a tensão de vivenciar um abortamento não foi compartilhada com eles. Na maioria dos casos, os companheiros souberam de sua internação por intermédio das profissionais do hospital.

Observamos que as crenças religiosas permearam alguns discursos durante a entrevista, especialmente quando relatam sobre a experiência vivenciada e opinam a respeito da descriminalização e legalização do aborto. Assim, é relevante destacar que, ao serem indagadas sobre sua religião, quatro pacientes referiram ser católicas, três evangélicas e duas afirmaram “acreditar em deus”, mas sem religião.

Sintetizamos no quadro 1 o perfil das mulheres entrevistadas, segundo idade, cor da pele, escolaridade, ocupação, situação conjugal e religião. Ressalta-se que os nomes são fictícios para preservar a identidade das pacientes.

**Quadro 1** Perfil das mulheres segundo idade, cor da pele, escolaridade, ocupação, situação conjugal e religião

Nome	Idade	Cor	Escolaridade	Ocupação	Sit. Conj.	Religião
Angélica	27	Parda	Fundamental incompleto	Doméstica	Casada*	Evangélica
Antônia	28	Parda	Médio completo	Operadora de Telemarketing	Solteira	Sem religião
Gardênia	35	Negra	Fundamental incompleto	Desempregada	Solteira	Evangélica
Íris	20	Branca	Médio incompleto	Do lar	Casada	Católica
Luzia	16	Morena	Médio incompleto	Estudante	Solteira	Católica
Margarida	22	Morena	Fundamental Incompleto	Doméstica	Casada	Evangélica
Rosa	19	Branca	Médio completo	Vendedora	Solteira	Católica
Tânia	21	Branca	Médio incompleto	Recepcionista	Solteira	Católica
Valéria	25	Branca	Médio (Magistério)	Professora	Casada	Sem religião

\*Consideramos “casada” a paciente que declarou viver com o companheiro.

No que concerne à história reprodutiva, três mulheres não tinham filhos (Tânia, Rosa e Luzia), sendo que Tânia e Valéria sofreram dois abortos espontâneos. Apenas três pacientes afirmaram terem planejado a gravidez (Margarida, Angélica e Valéria). Rosa e Tânia mencionaram não saberem da atual gravidez.

A maioria das mulheres referiu diagnóstico de aborto espontâneo, exceto Luzia. A adolescente, grávida de 26 semanas, foi admitida com hemorragia e deu à luz no hospital após tentativa frustrada de interromper a gravidez com misoprostol. Tal situação gerou indignação da equipe do C.O. e da maternidade, expondo a contradição entre as falas dos profissionais, que sugerem o “não julgamento” das pacientes, e a relação estabelecida com Luzia. Mais adiante, é apresentada a complexidade das condições

emocionais e físicas em que a paciente chegou ao hospital, assim como o discurso dos profissionais que a atenderam.

O quadro 2 indica que, no momento da gravidez, três pacientes estavam em uso de contraceptivo. A falha do método escolhido pelas mulheres pode ser consequência de seu uso incorreto e /ou falta de orientação sobre sua utilização, já apontado em estudos anteriores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; MARTINS et al, 1991; DIAZ & DIAZ, 1999).

**Quadro 2** Número de gravidezes, número de abortos, conhecimento e uso de contraceptivo nos últimos três meses

Participante	Gravidezes*	Abortos*	Conhecimento de contraceptivo	Uso de contraceptivo
Angélica	4	2	Preservativo, DIU, injeção, pílula	Não
Antônia	2	1	Preservativo	Preservativo
Gardênia	7	1	Pílula, preservativo	Não
Iris	2	1	Preservativo, Injeção	Não
Luzia	1	Tentativa de aborto	Pílula, preservativo, injeção	Não
Margarida	3	1	Preservativo	Não
Rosa	1	1	Pílula, preservativo	Preservativo
Tânia	2	2	Pílula, preservativo	Pílula
Valéria	3	2	Pílula, Injeção	Não

\*Inclui gravidez e aborto na ocasião da entrevista

Quando questionadas sobre o conhecimento e uso de contraceptivos, os relatos evidenciam, além do conhecimento limitado de alguns métodos, a dificuldade no acesso e de adaptação aos anticoncepcionais

*“(...) eu cheguei a usar aquela injeção de três em três meses...eu pegava no posto, mas aí eu não renovei minha receita e fiquei sem tomar uns dois meses, até porque também não consegui consulta...antes de eu ter minha filhinha eu cheguei a tomar pílula também” (Iris)*

*“(...) eu tomava remédio, mas me dava...não me fez bem...eu ia começar a tomar injeção, mas aí eu fiquei grávida” (Luzia)*

*“Então, eu fui uma vez no ginecologista e eu comecei a tomar um, só que eu nem lembro o nome, aí eu tomei, veio pra mim um mês sem parar, parei de tomar, aí eu só me prevenia com a camisinha mesmo, mas eu não conheço muito bem esses remédios, não (...)” (Rosa)*

Das entrevistadas, quatro mencionaram a demora no agendamento de consultas com ginecologista como um obstáculo para o acesso aos contraceptivos, além da falta de métodos, especificamente a pílula, nos postos de saúde. Angélica e Gardênia afirmaram terem participado de grupos de planejamento reprodutivo nas unidades básicas de saúde, porém, observamos que a adesão foi condicionada unicamente ao interesse em realizar a esterilização cirúrgica

*“Demora pra mim conseguir uma consulta com o meu médico do posto viu.. antes de acontecer isso eu tinha passado de encaixe aí o médico pediu o papa, aí eu fiz, só que marcaram retorno com ele só dali mais de um mês no retorno, quando eu passei com ele no encaixe ele falou que quando eu viesse pro*

*retorno ele ia me dar o remédio pra eu começar a tomar(...)"*  
(Rosa)

*"E quando não tem o remédio no posto, como é que faz? isso já aconteceu comigo...aí você vai em outro também não tem, então ou você compra ou entrega pra Deus, isso que é ruim, né (...)"* (Tânia)

*"Eu fui numa reunião no postinho uma vez que era pra falar disso e eu fui com o meu ex-marido porque ele queria operar e depois ele operou mesmo (...) as enfermeiras falaram pra gente participar e lá elas falaram sobre o remédio, a camisinha, e tal e falaram que tinha no posto (...) mas eu não tomo porque todo mundo fala 'ah, vai engordar', eu já sou gorda, imagina se tomar...mas agora eu vou querer operar, fazer alguma coisa (...)"* (Gardênia)

*"Eu conheço (métodos contraceptivos). Eu já fiz parte das reuniões do posto porque no meu terceiro casamento eu falei 'ah, eu vou operar', mas eu acabei engravidando e perdi...mas eu participava das reuniões...do DIU, da pílula, da injeção, eu sempre participei, fui orientada pra ver se eu queria...já tomei injeção...quando eu comecei a tomar tive que comprar porque tava em falta no posto, mas depois eu comecei a pegar quando chegou...peguei um ano pelo posto"* (Angélica)

Concernente à participação masculina nas decisões reprodutivas, a maioria das entrevistadas revelou que o parceiro não opina sobre a escolha do método contraceptivo. Por outro lado, notamos que a "participação" referida por Tânia e Iris, sugere, na verdade, o apelo ou a imposição do companheiro sobre a mulher para que ela assuma as responsabilidades da contracepção

*"(...) meu namorado participa [da escolha do método], ele sempre fala pra mim, tem que tomar remédio, vai no*

*ginecologista, sempre ta pegando no meu pé, acho que porque filho pra ele agora ele não quer...mas ele dá palpite sim” (Tânia)*

*“ Ele não fica muito por dentro dessas coisas, não...o que ele sempre fala disso, é só pra eu me cuidar (...)” (Íris)*

*“Olha, de anticoncepcional não...mas a gente conversou sim de ter filho, ele queria...mas agora eu vou ter que usar [contraceptivo], né, porque a médica falou que não posso ter uma gravidez seguida de outra, vou chegar em casa e conversar com ele, né, falar que mais pra frente a gente pode ta tentando de novo, ele é bem calmo...” (Angélica)*

O número reduzido das mulheres deste estudo que planejaram a gravidez pode indicar falhas no desenvolvimento de ações em planejamento reprodutivo, sobretudo, no âmbito da atenção básica. Os discursos apresentados acima reforçam a importância de estratégias que envolvam mulheres e homens e que, para além do aconselhamento e da orientação em contracepção, estimulem a reflexão acerca dos papéis e relações de gênero, conforme apontam DUARTE et al (2003).

Importante ressaltar que o contexto de criminalização do aborto dificulta o entendimento da real situação das mulheres, comprometendo a coleta de dados da pesquisa. Assim, o fato de a maioria das mulheres ter referido aborto espontâneo pode estar relacionado à condenação social e moral que envolve o aborto induzido e indica uma forma de proteção aos julgamentos e possível discriminação dos profissionais de saúde.

## 1.2 PERFIL SÓCIO-OCUPACIONAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

No Centro Obstétrico (CO) do Hospital Municipal, o turno de trabalho dos participantes da pesquisa corresponde a um plantão diurno (das 07hs às 19 hs), sendo que outra equipe atua no período noturno (das 19hs às 07 hs).

As profissionais de enfermagem entrevistadas atuam das 07hs às 19hs, em dias alternados (12x36). No caso dos médicos, são sete equipes diferentes em plantão diurno e noturno, sendo que os participantes da pesquisa atendem uma vez por semana no C.O., no período diurno acima referido.

Vale destacar que, por falta de profissionais, as enfermeiras não atendem exclusivamente no Centro Obstétrico. Assim, o acolhimento e demais tarefas da enfermagem neste setor recaem majoritariamente sobre as auxiliares de enfermagem. Às enfermeiras cabe supervisionar, além do CO, a pediatria e os atendimentos do Pronto Socorro, que incluem ortopedia, medicação e sutura, como afirma E2:

*“(...) O CO daqui não é um setor que tem uma enfermeira presente 24 horas...porque na verdade nós somos responsáveis pelo CO , pela pediatria e normalmente pelo corredor do Pronto Socorro...um profissional pra tudo isso”*

Foram entrevistados oito profissionais de saúde que trabalham no CO do Hospital Municipal: quatro auxiliares de enfermagem (AE), duas enfermeiras (E) e dois médicos (M). A fim de caracterizar os profissionais participantes da pesquisa, traçamos as seguintes categorias de descrição: idade, cor (auto declarada), formação profissional (graduação/ formação

técnica), tempo de atuação no Hospital Municipal, tempo de atuação no CO, vínculo com outro serviço público e religião.

A maioria dos profissionais é composta de mulheres e a idade, na ocasião da entrevista, estava entre 33 e 63 anos. Dos oito entrevistados, apenas dois não possuem vínculo com outros serviços públicos de saúde (médica – 1 e enfermeira - 2).

Apresentamos, no quadro 1, o perfil dos profissionais participantes deste estudo, segundo ocupação, idade, cor da pele , formação profissional e religião

**Quadro 1** Perfil dos profissionais segundo ocupação, idade, cor da pele , escolaridade e religião

Ocupação	Idade	Cor	Formação Profissional	Religião
Médica 1 (M1)	55	Branca	Pós graduação	Católica
Médico 2 (M2)	63	Branco	Pós graduação	Evangélico
Enfermeira 1 (E1)	52	Branca	Pós graduação	Espírita
Enfermeira 2 (E2)	33	Negra	Superior	Católica
AE 1*	56	Branca	Ens.Médio/Curso Técnico Enf	Católica
AE 2	42	Branca	Ens. Médio/ Curso Técnico Enf	Não tem
AE 3	47	Branca	Superior/Curso Técnico Enf	Não tem
AE 4	33	Branca	Ens. Médio/ Curso Técnico Enf	Católica

\* Todas AE são mulheres.

A maioria dos profissionais entrevistados atua no hospital há mais de cinco anos, exceto AE 4 (três anos) e E2 (dois anos). Especificamente no



CO, a maioria tem entre 02 e 09 anos de trabalho. AE 1, por exemplo, trabalha há 26 anos de Hospital Municipal, e , especificamente, no Centro Obstétrico, atua há nove anos, sendo a mais antiga. M2 é o mais novo neste setor, no qual atende há 1 ano.

Ao estabelecer a informação referente ao tempo de atuação no hospital, como parte do critério para inclusão na população de estudo, pretendíamos, sobretudo pelos relatos dos profissionais mais antigos, discutir as possíveis mudanças no atendimento às mulheres em situação de abortamento ao longo dos anos.

Nesse sentido, é relevante mencionar a importância atribuída ao “tempo de serviço no CO”, presente em algumas falas. Segundo as profissionais de enfermagem, o tempo de experiência neste setor facilita a imediata identificação nos casos em que o aborto foi induzido, apesar de as pacientes não revelarem a prática

*“(...) pelo tempo que eu to aqui eu posso te dizer que dá pra contar nos dedos as que falam que provocou o aborto(...) pela prática aqui você já tem uma noção do que realmente aconteceu (...)” (AE 2)*

*“(...) pela experiência você já percebe na hora que ela provocou (...) eu to aqui no CO faz um bom tempo e já to acostumada a ver, por mais que elas não falem, a gente desconfia (...)” (AE1)*

*“(...)Do tempo que eu tenho aqui, eu nunca presenciei uma que falou com todas as letras que fez...mas você vai percebendo porque acaba sendo nosso dia a dia aqui, você vai aprendendo pela experiência mesmo com esses casos (...)” (E2)*

No que se refere à religião, quatro profissionais se declararam católicos (AE 1, AE 4, E2, M1), um espírita (E1), um evangélico (M2) e dois sem religião (AE 2, AE 3) . Como pode ser observado adiante, as falas dos profissionais, inclusive das que referiram não seguirem nenhuma religião, são permeadas por concepções morais e religiosas, no que concerne à problemática do aborto.

## **2 CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO**

A mulher que chega à emergência do Hospital Municipal em situação de abortamento é atendida, inicialmente, na recepção do pronto socorro, onde informa o motivo da procura e fornece informações pessoais para sua identificação. Em seguida, é encaminhada ao Centro Obstétrico (CO) e orientada a depositar sua ficha na porta para ser atendida.

Todas as pacientes, parturientes ou em situação de abortamento, aguardam pelo atendimento médico em sala de espera, próxima ao consultório do CO. Constatada a necessidade de internação, as auxiliares comunicam ao acompanhante e fornecem a roupa institucional à paciente.

Quando não há acompanhante, as auxiliares de enfermagem entram em contato com um familiar, para informar sobre a internação e solicitam sua presença para a retirada de seus pertences.

A equipe de atendimento é composta por três médicos e duas auxiliares de enfermagem. Conforme mencionado anteriormente, as enfermeiras não permanecem no CO, sendo o acolhimento e demais tarefas de enfermagem de responsabilidade das auxiliares.

Observamos que, frequentemente, a equipe estava incompleta, com um ou dois médicos ou só uma auxiliar de enfermagem (AE). No caso das AE, se outro setor do hospital estivesse desfalcado, uma profissional do CO era indicada para a substituição.

Mulheres em situação de abortamento aguardam a realização de exames e a curetagem em uma sala localizada ao lado do consultório

médico, separadas das parturientes, denominada sala de “observação” ou pré - pós curetagem. O espaço é pequeno e possui quatro leitos, mas, segundo os profissionais, se for necessário, acaba sendo ocupado por até seis mulheres.

A curetagem é realizada no centro cirúrgico, situado no mesmo andar do CO, para onde a paciente é conduzida pelas auxiliares e atendida pelo médico do CO e outra equipe de enfermagem. Ao acordar da anestesia, a paciente volta à sala de observação para aguardar alta hospitalar, que é autorizada, após verificação dos resultados de exames de sangue.

Em casos mais graves, chamados de “infectados” pelos profissionais, a paciente é transferida para a enfermaria localizada no segundo andar do hospital.

A permanência da paciente no hospital pode variar de 12 a 36 horas, dependendo de suas condições físicas. Em alguns casos, a mulher aguarda até 08 horas para realização da curetagem, demora justificada pela necessidade de a paciente estar em jejum. Esse período de espera é relatado pelas pacientes como o momento de maior angústia e solidão, como pode ser percebido em seus relatos .

Importante destacar que, de acordo com o material de registro utilizado pela equipe de enfermagem para controle de entrada e saída das pacientes, no período de coleta de dados, foram admitidas no CO 67 pacientes com diagnóstico assinalado como aborto incompleto, ameaça de aborto, aborto em curso ou abortamento. Nesse período, observamos que a maioria estava

na faixa etária dos 20 aos 29 anos e permaneceu no hospital por mais de seis horas.

Na ocasião da pesquisa, fomos informadas que o Programa de Aborto Legal do hospital estava suspenso, por falta de profissionais, sendo que as mulheres que demandavam esse atendimento eram acolhidas pelo Serviço Social e encaminhadas para outro hospital, onde é realizado o procedimento. A sala referida por E2, específica para as situações de aborto legal, estava sendo utilizada para exames de cardiotocografia e, por ser mais reservada, foi utilizada pela pesquisadora para algumas entrevistas com pacientes.

As informações sobre a organização do atendimento foram obtidas a partir de observação e do relato dos profissionais. Em geral, a percepção dos entrevistados indica discordâncias com a infra-estrutura do hospital e com a própria dinâmica estabelecida para o atendimento, fato que exigiu discussão mais apurada neste trabalho.

### 3 EIXOS TEMÁTICOS

#### 3.1 VIVÊNCIAS DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO

##### 3.1.1 A Gravidez e o Aborto

A presente seção pretende dar voz às mulheres entrevistadas, descrevendo suas experiências e, por meio de fragmentos das entrevistas, compreender as circunstâncias em que ocorreu a gravidez e o processo de abortamento. Estes relatos contextualizam as condições físicas e emocionais da mulher, anteriores à internação e na ocasião de sua admissão no hospital, para, posteriormente, demarcar suas percepções acerca do atendimento recebido naquele serviço.

Conforme sinalizado anteriormente, das nove pacientes entrevistadas, seis afirmaram não terem planejado a gravidez. Trata-se de um número expressivo no universo pesquisado e demanda a problematização dos motivos que conduzem a esse evento na vida das mulheres. Apesar de não terem programado a gravidez, Gardênia e Antônia externaram entusiasmo com a possibilidade de serem mães novamente

*“Eu tava de quatro meses e fiquei sabendo faz duas semanas (...) não tinha planejado isso agora, até por causa das minhas dificuldades, porque não to morando com meu namorado e tudo...mas quando eu fiquei sabendo e eu falei pra ele, ele ficou feliz, eu também...onde come um, come dois, né...do mesmo jeito que eu cuido bem da minha filha, eu ia cuidar dele, já tava pensando como ele ia ser, enxovalzinho, as coisinhas dele” (Antônia)*

*“Eu não tinha planejado, porque eu me separei faz pouco tempo, aí eu conheci meu namorado e já engravidei...mas quando eu fiquei sabendo, no começo eu fiquei desesperada por ser trigêmeos e ser de alto risco, né, porque eu já tenho problema de pressão...mas mesmo assim eu não queria ter perdido...eu queria ter porque a gente acaba se apegando, né... eu fiquei com a imagem do nenezinho, sentia mexendo...meu namorado gostou, eu tinha já falado pra minha família, meus outros filhos ficavam em cima de mim, me agradando, eles gostaram também...eu fico pensando nas minhas crianças, eles sentem também de perder os irmãozinhos” (Gardênia)*

O precário conhecimento e acesso aos métodos contraceptivos são, em geral, o principal argumento quando se discute a gravidez não planejada. No entanto, é importante ponderar as razões relacionadas ao contexto social da mulher, imbricado pelas questões de gênero que se fazem presentes nas relações.

O relato de Angélica exprime com clareza a opressão de gênero como um dos fatores que contribuem para a gravidez não planejada. A paciente refere que sua gestação anterior, que também resultou em abortamento espontâneo, decorreu de constantes abusos sexuais por parte de seu companheiro à época

*“Faz uns três anos atrás eu também engravidei e perdi...e daquela vez foi [pausa]...na época eu já tava separando, mas ele vivia na minha casa...isso foi um caso de estupro e acabei tendo uma gravidez mais que indesejada, mesmo assim eu ia levar pra frente...quem me estuprou foi o companheiro que eu vivi por quase onze anos, é o pai dos meus filhos, meu primeiro casamento, aí ele se envolveu com droga, se envolveu com bebida, com bagunça na rua e se transformou num monstro...e isso começou a acontecer [os estupros]...na última vez que aconteceu, eu tava com meu filho na cama, não pude gritar, não pude pedir socorro porque ele tampou minha boca, então ele fez o que ele achava que tinha que fazer” (Angélica)*

Estimativa da OMS revelou que, mesmo que todas as mulheres utilizassem correta e constantemente métodos contraceptivos, ainda assim

ocorreriam, aproximadamente, seis milhões de gravidezes não planejadas, por ano. Tais gestações, por vezes indesejadas, podem impelir as mulheres a recorrerem ao abortamento induzido (OMS, 2004).

Considerando a tendência de as mulheres omitirem a prática do aborto, ressaltamos que, de acordo com os critérios da OMS<sup>21</sup>, pressupomos o aborto das pacientes Rosa, Tânia e Iris como “possivelmente provocado”, pois as mulheres relataram, no decorrer da entrevista, o quanto aquela gravidez era indesejada.

Nesse cenário, cabe destacar suas falas sobre a gravidez. As pacientes apontaram a situação de trabalho como um dos principais fatores que dificultaria a criação de um filho naquele momento.

*“(...) uma gravidez agora...eu sinceramente não taria muito afim...porque...tenho 21 anos...comecei no meu emprego agora, não tenho nem registro na carteira...eu ia ter dificuldade, ia ser mandada embora com certeza se chegasse já falando que tava grávida, viu...meu pai não tá trabalhando e meu irmão é menor...ele até faz uns bico pra ajudar, mas pensa...tem que ter condição também, né”(Tânia)*

*“Olha, o aborto não foi porque eu quis... mas assim...também não era hora, ter que trabalhar, cuidar de criança, minha filha pulando no colo..ela não ta na creche, porque não consegui pra esse ano ainda...é difícil...mas...se viesse... tem que cuidar com amor, né.. ” (Iris)*

---

<sup>21</sup>Chaves et al (2011) apud OMS(1987), apresentam a classificação dos tipos de abortamento em quatro categorias : “(a) certamente provocado, quando a mulher admitiu ter provocado o aborto ou quando foram encontrados sinais clínicos de intervenção, tais como laceração cervical e/ou corpo estranho na vagina ou no útero; (b) provavelmente provocado , quando a mulher não admitiu ter provocado o aborto, mas referiu gravidez não planejada e foram encontrados sinais de sepse ou peritonite; (c) possivelmente provocado, quando somente uma das duas condições descritas em (b) esteve presente” e (d) abortamento espontâneo.



A inserção, muitas vezes precarizada, no mercado de trabalho, a vulnerabilidade social e econômica dessas mulheres e a falta de suporte social necessário para a criação de um filho, denotam a complexa relação entre os aspectos econômicos e sociais na composição familiar e na reprodução, conforme apontado em estudo de CARVALHO (2009).

Além disso, outro elemento emerge do depoimento de Rosa, qual seja, o desejo de ter uma família enquadrada nas normas sociais, indicado pela paciente ao mencionar a ausência do pai na educação do filho

*“(...) eu quero trabalhar, fazer minha vida, mas...ia cuidar dele, acho que minha mãe ia dar uma força pra mim..só que eu queria mesmo é ter uma família certinho, porque eu acho que o pai tem que tá perto também, tem que ajudar a criar, ajudar a dar educação, né” (Rosa)*

Nesse sentido, constata-se, também, o limitado apoio ou ausência masculina, não só em relação à contracepção, mas na gestação e no processo de aborto vivenciado por elas

*“(...)Já vai fazer um mês que eu terminei com ele, não fiz questão de falar de gravidez, ele não sabe e também nem vai saber do que aconteceu, não ia fazer diferença nenhuma se ele ficasse sabendo” (Rosa)*

*“(...) eu nem cheguei a falar com meu namorado (...) quem veio aqui ontem pegar minhas coisas foi a minha irmã (...) eu não sei que reação ele ia ter, mas da outra vez que eu engravidei ele não comentou nada, eu fiquei grávida e perdi, aconteceu, e a gente não tocou mais no assunto...agora dessa gravidez aqui eu acho que ele não ia querer não, por ter que sustentar né, ele tem 27 anos , mas acha que tem 15, só quer saber de carro, de besteira, sabe, não quer crescer na vida...então, no começo assim, acho que ele não ia aceitar bem, não, depois, se nascesse, acho que ele ia acabar aceitando” (Tânia)*

“(...) Ele ia ter que aceitar né, porque não tem pra onde correr...eu não fiz sozinha,era dele também, né” (Iris)

Observa-se que, na maioria dos casos, a gravidez não foi compartilhada com os companheiros. Os discursos corroboram o que consta na literatura a respeito do insuficiente envolvimento masculino nas questões reprodutivas (CARVALHO et al, 2001; HOGA et al, 2003) e expõem a ideologia dominante de responsabilização feminina pela gestação, a despeito dos falas de Tânia e Iris indicarem a possível aceitação da gravidez pelos parceiros.

Por outro lado, evidencia-se que a maioria das pacientes em relação estável (Valéria, Margarida e Angélica) mencionou a participação do companheiro nesse processo, embora restrita ao acompanhamento nas consultas de pré-natal

*“ele tava sabendo que podia não ir pra frente, ele chegou a ir comigo numa consulta com o ginecologista...eu já tive outro aborto , ele também já tava meio preparado pra isso...”*  
(Valéria)

*“A gente já vinha querendo ter filho, to com meu marido faz quatro anos e a gente tava esperando a situação ficar melhor, né , a gente programou...mas infelizmente perdi (...) ele me acompanha sempre que ele pode, pergunta o que o médico falou, essas coisas...”* (Margarida)

Ao serem indagadas sobre a sua chegada ao serviço de saúde, somente Angélica afirmou ter vindo acompanhada pelo marido. Nos outros casos, a impossibilidade de faltar ao trabalho foi apontada como justificativa

da ausência do parceiro. Em geral, as pacientes chegaram com mulheres da família ou sozinhas, no caso de Tânia e Margarida

*“No primeiro dia eu vim com meu marido, a médica falou que era ameaça de aborto , me passou remédio pra dor e pra segurar um pouquinho (...) aí depois continuei com dor e voltei aqui ontem, sozinha, de ônibus...internei ontem e passei pela curetagem(...)” (Margarida)*

*“(...) no sábado de madrugada eu comecei a sangrar e sentia muita dor...eu vim pra cá no domingo de manhã com a minha mãe, fiz o exame de sangue e de urina e deu positivo , como eu ainda tivesse grávida, mas eu perdi o bebê em casa, tive uma pancada forte na sexta, caí da escada com a minha filha no colo (...)meu marido trabalha e por isso que ele não pode vir comigo (...) (Iris)*

*“(...) cheguei ontem de manhã aqui (...) eu vim com a minha prima de carro, meu namorado não veio comigo porque ele não podia faltar no trabalho (...)” (Tânia)*

*“Eu tava trabalhando, aí eu comecei a sentir dor , sangramento, aí a enfermeira da creche onde eu trabalho me trouxe junto com a diretora...direto pra cá...ia fazer três meses agora dia 14(...) eu pedi pra elas avisarem meu marido, eu queria que ele viesse pra cá, mas não sei ainda se ele vai poder” (Valéria)*

*“A minha tia tem carro e me trouxe pra cá, aqui não é perto da minha casa, mas como a gente tava de carro, a gente achou melhor vir pra esse hospital porque o outro é mais cheio ainda” (Antônia)*

Dentre todas as entrevistadas, foram unânimes os relatos de sofrimento físico. De acordo com NERY (2006), os principais sinais e sintomas de abortamento estão relacionados, dentre outros, a sangramentos vaginais abundantes com intensa dor abdominal, mal-estares relatados pelas mulheres entrevistadas.

*“Comecei com sangramento anteontem, levantei, fui lavar roupa e aí comecei a sentir aquela dor como se fosse cólica...aí quando eu fui no banheiro, saiu muito sangue...e sentindo dor (...)” (Angélica)*

*“(...) tava sentindo uma cólica muito forte, insuportável e sangrando muito (...) (Rosa)*

*“(...) de manhã eu comecei a sentir sangramento bem forte e fui pro banheiro, aí fiquei... e descia, descia, descia, não parava e conforme eu ia fazendo força ia saindo...não sei como posso falar... uns pedaços, só que também num queria...num sei o que podia fazer (...) (Tânia)*

*“(...) cheguei de manhã aqui...de madrugada sentia muita dor no pé da barriga, sabe, quando foi de manhã essa cólica começou aumentar, aí cheguei aqui(...)eu quase desmaiei aqui no corredor(...) (Antônia)*

Somados às complicações físicas, as pacientes externaram os transtornos subjetivos que anteciparam a procura por atendimento médico e se mantiveram durante a internação. Oportuno ressaltar que um dos aspectos presentes na maioria dos discursos evidencia como a situação de abortamento, seja espontâneo ou provocado, configura-se como um ato solitário, aspecto também apontado em outros estudos (NOMURA et al, 2011; VILELLA e BARBOSA, 2011).

*“(...)eu tava sozinha na casa do meu namorado, ele tinha saído pro serviço...aí eu fiquei o dia todo e quando foi a noite que eu comecei a sentir mais dor, aí eu vim pra cá, só que eu vim sozinha e aí já fiquei internada (...)falei para avisar minha mãe e meu namorado, mas a gente mesmo não tem contato com ninguém, a maior parte do tempo eu fiquei totalmente sozinha” (Tânia)*

*“a gravidez era de alto risco por causa de pressão alta...eram trigêmeos... Vim pelo SAMU..já tinha nascido um em casa, vim pra cá, aí saiu tudo...(...)eu vim sozinha com SAMU. Antes de vim parar aqui eu já tinha ido em outro hospital porque eu tava com sangramento... Eu já tava sabendo pelo pre natal desse risco, né...a noite eu passei mal, não tinha posição...aí eu mesmo chamei o SAMU...”(Gardênia)*

NOMURA et al (2011) e BENUTE et al (2009) destacam que o aborto está relacionado à altas taxas de reações emocionais, tanto positivas quanto negativas. Segundo os autores, a situação de abortamento pode desencadear sentimentos de culpa, frustração e depressão, considerando as características pessoais e sociais da mulher, para os quais contribui a qualidade da assistência prestada à paciente. De acordo com BERTOLANI e OLIVEIRA (2010), em alguns casos, apresentam sintomas relacionados a estresse pós-traumático, desencadeado não pelo abortamento em si, mas por todo contexto que o envolve, sobretudo, nos casos em que é provocado.

Observa-se que as falas das mulheres que haviam planejado a gravidez revelam, por um lado, o desejo de engravidar novamente para consolidar o projeto do casal acerca de ter um filho, mas, de outro, remetem ao receio de vivenciar novamente o processo de perda

*“(...)já fazer três meses dia 14...cheguei arrasada aqui, já vinha dando indício de que podia não vingar, mas eu vinha*

*alimentando esperança, né...você fica meio desnorçada, né...”*  
(Valéria)

*“(...) é um sofrimento, é triste, mas eu quero, meu marido também quer um filho, vou tentar mais pra frente, quem sabe..mas é tão difícil...isso aqui pode acontecer de novo...e aí é mais tristeza.”(Margarida)*

*“(...) quando eu cheguei aqui eu já tava sentindo que tinha alguma coisa (...) quando a médica falou ‘ó mãe infelizmente a gente não pode fazer nada, foi aborto, o bebe seu ainda não tava formado’ (...)to me sentindo triste porque eu queria, ele queria, então...a gente fica mal mesmo...agora, eu queria até engravidar de novo,mas de repente passar por isso mais uma vez, não sei...”(Angélica)*

No caso das pacientes que referiram desconhecimento da gravidez, foram relatados sentimentos de surpresa e preocupação ao serem informadas sobre a gestação

*“(...)aí chego no hospital vem a médica e fala ‘você ta grávida, você vai ficar’, isso me assustou...foi um susto...eu fiquei de cabeça quente pensando o que podia acontecer comigo, sei lá...ter algum problema mais sério, a gente vê tanta coisa por aí...”(Rosa)*

*“quando o médico falou ‘você ta abortando’ eu falei ‘como assim abortando?’, aí foi que...eu não fiquei muito bem, não, parecia que não entrava na cabeça, porque...eu sentia enjoô, mas não me importei tanto, aí veio essa bomba, isso abalou um pouco...não sei... é muito ruim(...)”(Tânia)*

Os discursos sobre gravidez e aborto são perpassados por fatores relacionados às condições sociais da mulher e à desigualdade de gênero, evidente na sociedade. Nesse sentido, as repercussões desses eventos, do

ponto de vista social e emocional, não podem ser ignoradas, ao contrário, reiteram a necessidade de as mulheres serem consideradas não como objeto reprodutor, mas sim como sujeito das ações de saúde.

### 3.1.2 O drama de Luzia

Tendo em vista a importância do debate sobre as consequências da situação legal e jurídica do aborto na vida e na saúde das mulheres, optamos por destacar a experiência de Luzia, única paciente entrevistada que mencionou a tentativa de interromper a gravidez.

Luzia estava grávida de 26 semanas quando tentou induzir o abortamento com Cytotec (misoprostol). No entanto, possivelmente pela procedência do medicamento e/ ou por ter utilizado em dose incorreta, expulsou o feto prematuro vivo. De acordo com CREININ e VITTINGHOFF (1994), o útero torna-se mais sensível no segundo e início do terceiro trimestre da gestação, e doses pequenas de Misoprostol podem induzir o parto nas 24 horas seguintes.

Entrevistamos a paciente na maternidade do hospital, no dia seguinte à sua admissão, com autorização de sua mãe. A adolescente, visivelmente consternada, relatou-nos as circunstâncias que a conduziram à decisão

“(...) aconteceu que eu tava grávida...e...eu decidi que ia abortar, né... eu não to trabalhando,minha mãe que sustenta a casa, eu e a minha irmã...eu fiquei com medo de ter filho agora, de ser mãe muito cedo, tudo isso...e ...eu também tava estudando, tava no primeiro ano...eu já tava faltando pra ninguém ficar reparando... minha mãe não sabia que eu tava grávida,ela tava desconfiada, e chegou a falar que seu tivesse esperando nenê eu ia ter que me virar, sair de casa e tudo, mas...acho que foi por causa disso mesmo, acho que mais medo...de num...é muita responsabilidade, assim, essas

coisas... desde o começo eu tava querendo abortar,não tinha nem com quem falar disso...falar que eu queria abortar, né...e nessa o tempo foi passando...eu tipo fingi pra mim mesmo que não tava, nem procurei médico , nem nada, eu num queria...meu namorado pegava no pé, mas ele tava mais perdido que eu, agora então...eu sei que não é certo...eu nem falei nada pra ele...a gente ta junto faz um ano...mas assim...acho que demorei pra fazer por causa disso... eu fiquei com medo...”

O desconhecimento da família sobre a gestação e o medo da rejeição, as questões de cunho econômico, o receio em ser mãe precocemente, em virtude da responsabilidade que a maternidade requer e a interferência desse evento no projeto de vida, compõem a gama de fatores que levaram à decisão pelo aborto.

Além disso, Luzia expressa apreensão diante da condenação social à gravidez precoce, quando afirma que evitava o ambiente escolar “*pra ninguém ficar reparando*”. Tendo em vista as dificuldades em reconhecer e admitir a sexualidade da jovem grávida, SANT’ANNA e COATES (2006) assinalam que, muitas vezes, o isolamento das gestantes adolescentes tende a ser endossado pela família e escola.

Nesse sentido, especificamente na adolescência, considerando os múltiplos fatores que envolvem a gestação não planejada, PERES e HEILBORN (2006) demonstram que a idéia do aborto pode se fazer presente no momento da descoberta da gestação e abarca, desde as dificuldades em revelar a gravidez à família e ao parceiro até a decisão em realizar o aborto, em um contexto de clandestinidade.

Nota-se que, no discurso de Luzia, predominam as referências ao medo vivido, corroborando o que aponta CHAUI (1984), quando sinaliza



que, em geral, as meninas, na faixa etária entre 13 e 18 anos, abortam por três razões preponderantes que as aterrorizam, quais sejam, a gravidez em si, como algo físico; a idéia de criar um filho sem condições, o que envolve a falta, muitas vezes, do apoio dos parceiros; e pelas punições que podem vir a sofrer.

De acordo com FAUNDES e BARZELATTO (2004), a interrupção voluntária da gravidez se configura, na maioria das vezes, como uma forma de expressão do sentimento de responsabilidade da mulher face à maternidade ou, ainda, como meio de proteger o próprio futuro e dos filhos que já possui.

Luzia aponta que tomou, sozinha, a decisão pelo aborto, tendo compartilhado somente com uma amiga, confirmando os resultados de pesquisa recente (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010), a qual indicou que a maioria das mulheres entrevistadas afirmou ter decidido sozinha pelo aborto. Esse dado demonstra a situação de desamparo e solidão vivenciada pela mulher que interrompe, voluntariamente, a gravidez, ilustrada no depoimento da adolescente

*“...eu decidi sozinha mesmo, a única pessoa que eu vinha falando era um amiga minha que já tinha feito...e o que ela me falava era que isso era coisa minha, né, que não aconselhava e tal, ela até disse também que quando ela fez foi bem mais cedo[tempo de gestação], mas ela que acabou me ajudando, mas fui eu que decidi...não queria colocar ninguém no rolo não (...)”*

Ao ser questionada sobre o método utilizado para induzir o aborto, a adolescente refere o uso de Cytotec (misoprostol) e os meios pelos quais conseguiu ter acesso ao medicamento

*“ (...) eu tinha um pouco de dinheiro pra comprar, aí eu dei pra essa amiga e ela comprou...dei R\$ 400...agora onde ela foi, como foi, essas coisas não me pergunta porque eu não sei não...só sei que consegui...aí ela me falou como que eu devia fazer né...tomei dois e coloquei dois comprimido do jeito que ela me falou, ela tinha falado que ia sair tudo ...quando eu tomei, eu fiquei com medo, aí depois eu me arrependi,mas aí já não tinha mais jeito né... Eu tomei na segunda-feira, 11 e pouco, a minha mãe já tava dormindo, porque ela sai cedo pra trabalhar... aí depois que eu tomei eu fui dormir e quando foi uma hora da manhã eu acordei já com dor, aí eu só vim pra cá no dia seguinte mesmo,mais tarde... Eu liguei pra irmã do meu namorado e falei, aí quando ela chegou em casa, viu que eu tava mal aí ela me trouxe de carro...”*

O misoprostol foi introduzido no Brasil em 1984 para tratamento de úlcera gástrica e duodenal e foi comercializado sem restrições no país até 1991. Uma vez que o medicamento provoca contrações uterinas como efeito colateral, popularizou-se, no final da década de 80, como eficiente método abortivo. Com a disseminação da utilização para esse fim, o Ministério da Saúde restringiu a comercialização e determinou seu uso exclusivo em ambiente hospitalar (ARILHA, 2012; FAÚNDES, 2010).

A Pesquisa Nacional de Aborto (DINIZ e MEDEIROS, 2010) realizada em 2010 indicou que, ao final da vida reprodutiva, 48% das mulheres que provocaram aborto utilizaram algum medicamento para abortar e 55% delas recorreram ao sistema de saúde e foram internadas por complicações. Outros estudos têm demonstrado que a utilização desse método é comum entre mulheres que procuram atendimento nos hospitais públicos (FONSECA et al, 1998; COSTA e WESSEY, 1993).

Luzia não soube informar a procedência do medicamento e menciona que, para sua utilização, seguiu as recomendações da amiga que adquiriu o misoprostol para ela e que, também, já havia provocado o aborto com esse

método. Cabe ressaltar que, a despeito de a utilização do medicamento permitir a redução de complicações do aborto clandestino, tais como graves infecções e lesões traumáticas, frequentes antes da disseminação do seu uso, FAÚNDES (2010) afirma que

*os resultados positivos com o uso do misoprostol dependem do conhecimento, por parte de quem utiliza, sobre suas indicações, dose, via de administração, intervalo entre doses, dose total, contraindicações, efeitos secundários e precauções (...) É preciso saber que a efetividade e os efeitos secundários de uma mesma dose são diferentes segundo a via de administração utilizada. (FAÚNDES, 2010:17)*

O relato da adolescente também nos remete aos resultados de pesquisas recentes, as quais revelam que o comércio ilegal do misoprostol expõe mulheres ao uso de produtos falsificados, sem a garantia de segurança e eficácia (DINIZ 2011; PAZELLO, 2010), obrigando-as, inclusive, a adentrar espaços de tráfico de drogas para obtenção do medicamento (ARILHA, 2012).

Outro aspecto importante refere-se à afirmação de Luzia sobre não considerar correta sua atitude. Ao ser indagada por que não considerava “certo”, a adolescente declara

*“então, eu acho que não é certo porque é uma vida que eu quis tirar, depois eu ouvi aqui que o que eu fiz é um crime, minha cunhada também veio me falando isso...aí aqui me falaram que eu e nenê correu risco, que ele pode ter problema [voz embargada]...eu já sabia que não era certo porque é contra a lei de deus, né...eu fiquei com mais medo ainda de de repente alguém me denunciar pra polícia...a única coisa que eu sei é que quero ir embora logo”*

Interessante notar, em sua fala, a reprodução do discurso moral e religioso imposto e difundido na sociedade acerca do embrião ou feto,

vislumbrado como pessoa humana, definindo o aborto como um atentado contra a “vida”. Por outro lado, a adolescente depara-se com a condição objetiva do ato criminoso, no sentido jurídico, aspecto reforçado por profissionais que a atenderam no hospital.

Nesse sentido, Luzia externa o medo e a culpa pela tentativa de aborto e a preocupação de que a saúde do recém-nascido pudesse ser comprometida

*“fiquei com muito medo, depois me arrependi, tenho medo porque agora o nenê pode ter problema, né(...)agora, não sei como vai ser, vou cuidar(...)minha mãe ta nervosa, ela veio no mesmo dia me ver...ela ficou me perguntando quem tinha me dado o remédio, mas eu ainda não falei, eu fiquei quieta, só chorava... meu namorado vai vim hoje, ela disse que ele ficou bravo”*

No dia seguinte à entrevista com a paciente, conversamos com a auxiliar de enfermagem que, na ocasião da admissão de Luzia no hospital, participou do atendimento

*“Ela chegou aqui... abriram a ficha e trouxeram aqui pra gente, né, falaram que era gestante e que tava com sangramento...aí a hora que a gente foi atender ela, ela falou que achava que tava grávida de dois ou três meses e que tava sangrando muito...Aí trouxemos ela pra dentro porque a calça dela tava suja de sangue, aí quando a médica examinou, mediu a barriga e falou: ‘isso aí é gestação de mais tempo, o que que aconteceu?’, ela tava sangrando e já com cólica, né, com aquela cara de assustada, aí eu falei ‘pode falar o que aconteceu’, aí ela ‘aí é que ninguém sabe que eu to grávida, eu tomei dois cytotec e pus dois’, aí a doutora rapidinho já falou ‘pode se trocar, vai ficar internada’,tentou auscultar o bebe , mas não conseguia porque ela tava com muita...é...o útero tava contraindo e não conseguia auscultar, aí ela falou “precisa um ultrassom urgente, colhe os exames’ e etc, já ia tentar o trabalho de parto, aí pulsionamo,tal, tirei as roupas dela e fui entregar pra pessoa que tava junto, antes eu perguntei pra ela: ‘quem ta com você?’, aí ela falou que tava com uma amiga, não falou que era cunhada não, falou que era amiga...Falou que o nome dela era [x], aí eu falei ‘[x],ela vai ficar internada pra fazer os exames pra saber se ta tudo bem com o bebê’...aí a menina perguntou: ‘mas ela ta correndo risco?’, aí eu falei*

*'não, não, é só pra ver se ta tudo bem com o bebe, porque ela teve um sangramento importante, né', nem comentei que ela tinha tomado o remédio, nem nada... porque ela falou que a moça aí fora não sabia o que ela tinha feito e que ninguém sabia da família dela que ela estava grávida, nem sabia que ela tinha tomado os remédios...aí levei ela pra fazer ultrassom e perguntei por que ela tinha deixado pra fazer com tempo de gestação tão avançado, ela disse que não sabia que tinha tanto tempo, que achava que tava só de dois meses(...) eu perguntei como ela conseguiu o cytotec e ela falou que foi com uma amiga, aí nessa hora eu até falei 'posso te fazer uma pergunta? como é que você conseguiu esse dinheiro, quem te deu esse dinheiro, uma coisa tão cara', aí ela falou assim pra mim: 'nem te conto o buxixo que foi', mas não entrou em detalhes como ela tinha conseguido o dinheiro , nem que amiga foi essa, porque ela sabe que é crime, né, então ela tava protegendo quem ajudou ela a fazer essa besteira , né...'*

O relato de AE 3 demarca a relação estabelecida entre a equipe e paciente, perpassada pela visão biologicista dos profissionais e restrita a procedimentos técnicos. O atendimento resumiu-se ao exame físico, sendo relegada a dimensão subjetiva da adolescente. Profissionais assumem uma postura de autoridade e situam a paciente numa condição de inferioridade, desprovida de orientações e esclarecimentos relacionados às suas condições e necessidades de saúde.

Ademais, observa-se a reprodução, no espaço institucional, do estigma relacionado à prática do aborto, materializado nos questionamentos de AE 3 sobre os meios utilizados para interromper a gravidez, ao invés de atentar ao contexto da gravidez, como a mulher se sentia e as razões que a conduziram a tal decisão.

O suporte inadequado do serviço de saúde intensifica os problemas físicos, emocionais e psicológicos aos quais a mulher está exposta quando provoca o aborto (VILELLA et al, 2011). Nesse cenário, convém destacar um fragmento da fala de AE 3 que menciona a abordagem utilizada para

“convencer” a adolescente a fornecer o telefone para o contato de um responsável

*“eu pedi pra ela o telefone de alguma pessoa responsável, aí ela falou, ‘não tenho, essa minha amiga é de maior’, aí eu falei : ‘olha, se ela é sua amiga ela não pode ser responsável, tem que ser alguém da família, sua mãe ou seu pai’, ‘não, mas a minha mãe trabalha e ela não sabe que eu to grávida’, aí eu falei ‘é , mas infelizmente...aí eu tive que fazer aquela pressão psicológica , né, olha tem um bebê grande aí , com o que você fez ele pode nascer antes do tempo e ele vai ter...ele pode não resistir e vai ter que ser enterrado, precisa de um responsável, você é de menor, se não tiver ninguém aí envolve Conselho Tutelar, envolve polícia, envolve um monte de coisa(...)aí ela deu o telefone da mãe...eu até falei pra ela ‘olha,eu não vou entrar em detalhe com ela, só vou pedir pra ela vir aqui, quando ela vir,aí a médica conversa com ela e depois você também vai conversar com ela’(...)isso aconteceu já era à tarde, umas seis, e o pessoal do serviço social já tinha ido embora,por isso que eu mesmo liguei...aí eu consegui falar né...falei que ela tava internada e precisava de alguém de maior,e que como ela só tem 16 anos, tinha que ter um responsável aqui pra assinar os documentos, não falei mais nada, porque pelo telefone é pior né, é melhor esperar chegar aqui pra conversar pessoalmente, mas o choque deve ter sido maior, porque quando ela chegou aqui o bebe já tinha nascido, pequenininho(...)”*

A referência à “pressão psicológica” sugere uma espécie de punição moral à adolescente, desrespeitando sua autonomia e individualidade. AE 3 nos relata a repercussão do episódio entre outros profissionais do hospital e as especulações acerca da participação do namorado da paciente na prática do aborto. Convém ressaltar a comparação do aborto ao homicídio, que, segundo o discurso de AE 3, em idade gestacional avançada, repercute ainda mais negativamente

*“(...)agora assim uma coisa estranha...é ... eu acho...as meninas lá na UTI estavam falando que o pai ficou chocado porque não sabia que ela tava numa idade gestacional tão avançada, eu acho que talvez pode ter sido ele mesmo que deu o dinheiro ou que providenciou esse remédio, pelo jeito que a menina falou , no meu modo de pensar...eu acho que é isso, é que eu não cheguei a ver o pai, mas a gente acha que*

*foi ele que ajudou ela a comprar...porque assim...é aquilo que eu digo, se é pequenininho e colocou e veio aqui e saiu só aquela bolsinha , aquela coisinha, você ainda não fica tão chocado, aí de repente ela fala pra ele que seria assim, ele compra esse remédio, ela usa, o nenê nasce , aí chega aqui e vê o nenê daquele tamanho, a pessoa fica chocada mesmo, vai falar que é um assassinato, porque parece que quando a coisa é pequenininha, assim, só aquele saquinho, eles não considera tanto como “to matando” e aí você vê um negócio daquele tamanho lá, já pensou se nasce e morre...ia falar poxa matei, eles consideram depois que já todo formado assim uma vida , né, to matando um bebe, to matando uma pessoa (...)*

O drama pessoal vivenciado por Luzia é, na verdade, uma expressão de um drama social imposto cotidianamente a mulheres que interrompem a gestação e demonstra como a condição de ilegalidade pode impingir danos físicos e psíquicos à sua vida. Ademais, revelam como o perverso caráter classista da criminalização, na medida em que expõe, sobretudo, as mulheres pobres às denúncias, punições, humilhações e abusos (DOMINGUES, 2008) quando recorrem ao serviço público de saúde para completarem o processo iniciado, clandestinamente, em casa.

### 3.1.3 Percepções das mulheres sobre a atenção recebida

Apesar de todas as mulheres estarem internadas por abortamento e, aparentemente, em situação semelhante no momento da entrevista, é necessário compreender como cada uma delas interpreta o episódio vivenciado, reconhecendo suas percepções sobre o atendimento durante a internação no hospital municipal.

Ressaltamos que o conceito de percepção, abordado neste estudo, está pautado em CHAUI (1999:122), quando afirma “(...) percepção como uma experiência dotada de significação, isto é, o percebido é dotado de

sentido e significados que fazem parte do mundo e vivências de quem o percebe”.

Assim compreendido, observa-se que, embora o sofrimento, físico e emocional, caracterize a experiência das pacientes entrevistadas, quando indagamos a respeito da atenção recebida no hospital, a maioria das mulheres, no início da entrevista, avalia-o positivamente. No entanto, os discursos indicam que o critério norteador de tal avaliação foi somente o tempo de espera para o primeiro atendimento.

*“Eu já cheguei e vim direto pra cá...nem fiquei esperando lá na frente [recepção], a minha acompanhante que me trouxe é que foi lá e fez a ficha(...) fui bem atendida aqui, já tive outro aborto da minha primeira gravidez e fui atendida aqui também, aí dessa segunda vez voltei, sou bem atendida aqui” (Valéria)*

*“O atendimento até que foi rápido, pensei que ia demorar, porque aqui esse hospital demora bastante, mas foi rápido porque já me mandaram direto pra cá, o médico falou que eu tava tendo um aborto e que ia ficar internada(...)” (Tânia)*

*“Foi rápido pra ser atendida, eu já cheguei na recepção, tinha que pegar ficha, aí minha mãe explicou pra ela o que tava acontecendo comigo, que eu tava com dor, aí ela preencheu meu nome, o cadastro e já mandou eu ir pra sala do médico, aí ele me atendeu rapidinho (...)”(Iris)*

*“Eu fui bem atendida...se eu falei que fiquei jogada aqui, eu to mentindo”(Angélica)*



*“Foi bom, fui atendida logo...mas eu gostei mais do atendimento da ambulância do que daqui(...)”(Gardênia)*

*“Fui atendida de imediato, muito bem por todos (...)” (Margarida).*

*“Eu acho que eu até que fui atendida bem, tanto aqui como lá [centro cirúrgico] quando eu fiz a curetagem...lá principalmente eles vinha, conversava, pra distrair...eu nunca tinha passado por isso, né, de repente...aí falaram que era rapidinho, coisa de dez, quinze minutos, foi tranquilo...” (Rosa)*

Antonia foi a única paciente que demonstrou a insatisfação com o atendimento. Relatou maus tratos por parte de uma auxiliar de enfermagem, a qual teria insinuado que seu aborto fora provocado, embora afirme que isso não tenha sido verbalizado diretamente pela profissional

*“Foi péssimo o atendimento, ó [aponta hematoma no braço direito]...enfermeira muito ignorante porque ela cismou que eu tinha feito o aborto (...)ela mandava eu deitar na maca pra por remédio, só que a dor era tão forte que eu não conseguia deitar... aí ela falou ‘vamo furar a veia, mas tem que ficar deitada’, só que quando eu deitava a dor vinha, eu queria levantar, eu não tava aguentando, aí ela pegou e tipo que me empurrou pra deitar ‘ah se você não deitar, não vai tomar o remédio’(...) aí foi que ela fez isso [mostra o hematoma]... estourou minha veia, aí eu não consegui tomar...aí ela ‘quando você tiver boa você vai lá pro outro quarto que eu te dou o remédio’, aí eu fiquei andando até a dor passar... quando eu vi que tava passando eu fui lá pro outro quarto, aí ela falou ‘agora se quiser tomar o remédio você deita aí e fica quieta se não eu não vou te dar’, aí começou a implicância dela(...)lá do quarto eu escutei ela dando risada com outra enfermeira e comentando ‘eu to ficando estressada com ela’, aí a outra falou assim ‘mas o que você acha que aconteceu, aí ela ‘ah o que você acha que foi’, então eu imaginei que ela tava insinuando alguma coisa (...) mas eu cheguei aqui, meu útero tava fechado, o médico mesmo falou que se fosse um aborto feito por mim, eu tava sangrando, meu útero tava aberto, então elas não tem que ficar julgando sem saber, elas não sabem o que aconteceu...e eu fiquei muito chateada delas acharem que eu tomei alguma coisa...”*

Independente de o aborto ser espontâneo ou provocado, estudos têm indicado que, em geral, ao serem admitidas em um serviço de emergência obstétrica com abortamento em curso ou com complicações advindas de aborto, as mulheres são tratadas como criminosas. (DOMINGUES, 2008; VILELLA et al, 2011; BISPO e SOUZA, 2007).

Perante esta realidade, há que se considerar, em termos gerais, a qualidade do atendimento dispensado à população por grande parte dos serviços públicos de saúde. A dificuldade no acesso às ações de saúde, a desinformação, as recorrentes denúncias de maus-tratos, refletem a negação da condição dos indivíduos como sujeitos de direitos, uma vez que os serviços prestados são pautados por práticas conservadoras e de dominação que contrastam com as necessidades da população usuária (VASCONCELOS, 2002).

A fala de Antônia sinaliza o que foi discutido por BISPO e SOUZA (2007:24) acerca das relações de poder estabelecidas entre profissionais de saúde e pacientes. De acordo com os autores,

(...) espera-se da mulher uma atitude de submissão, de obediência, de passividade, de silêncio e de aceitação da autoridade do profissional como aquele que tem direito de controlar e prescrever os horários, as expressões, a mobilidade, entre outros comportamentos.

Nesse sentido, Luzia, embora não emita críticas sobre o atendimento, relata a forma como foi atendida pela médica e por uma das auxiliares de enfermagem

*“(...) teve uma enfermeira que pegou pesado, falou que tava errado, que era pra mim aprender mesmo, umas coisas*

*assim...essa daí e a médica mesmo foram muito grossa...mas acho que cada um tem sua maneira, né, não tenho que criticar ninguém não...”(Luzia)*

É interessante notar a fala de Tânia, ao se referir à situação vivida por uma amiga que provocou o aborto e procurou o Hospital Municipal

*“(...) olha, mas eu sei que assim, eu fiquei meia com medo de vir pra cá, porque já tinha ouvido umas coisas daqui...e...também...tem uma amiga minha que fez um aborto, e a gente...eu trouxe ela pra cá, mas ela não aguentou ficar aqui porque ela foi muito mal atendida...eu lembro que ela me ligou que tava passando mal, ela tomou cytotec...aí eu falei vamo na médico que vai acontecer alguma coisa com você, ninguém da família dela sabia...aí a gente veio pra cá e foi que ela ficou internada...então...eles perceberam que ela tinha provocado então trataram super mal porque eles são assim: fez o aborto, você vai sofrer a mesma coisa que o bebe sofreu...”(Tânia)*

O tipo de tratamento oferecido pelo serviço pode vir a ser conhecido previamente pelas mulheres, por meio da experiência daquelas que já vivenciaram a mesma situação. Assim sendo, informações antecipadas sobre o atendimento às pacientes que provocam o aborto e o medo de maus-tratos e/ou denúncias podem retardar a procura por atendimento médico, comprometendo a saúde dessas mulheres, conforme assinalado por VILELLA et al (2008) e BISPO e SOUZA (2007) .

No decorrer da entrevista, apesar da avaliação positiva manifestada inicialmente, vieram à tona críticas concernentes, sobretudo, ao acolhimento e às informações sobre os procedimentos aos quais seriam submetidas.

Vale ressaltar que as falas, a seguir, apareceram quando questionamos sobre possíveis sugestões de melhora ao serviço ou ao final

da entrevista, quando se deixava em aberto para a paciente complementar informações ou manifestar livremente sua opinião sobre o tema abordado.

*“(...)só o que eu acho que foi meio ruim é que poderiam falar com a gente né, orientar, se você vai ter alta ou não, quanto tempo, porque as vezes você tá ali deitada e não tem noção, você acha que vai embora, mas não(...)é horrível...o tempo não passa, não pode ter visita, minha mãe veio ontem porque ela achou que eu ia ter alta ontem, né, eu ia fazer a curetagem ontem, mas aí não fez...acho que ela ficou esperando...” (Margarida)*

*“(...) eu não sei se eles ficam demorando porque querem ou porque aparece outra emergência, veio a médica , a enfermeira, veio examinou, falou que ia ter que fazer o ultrassom pra ver se o feto ainda tá aqui, mas eu fiquei um tempão...(...)a gente tem que tá sempre perguntando pra saber o que tá acontecendo”(Tânia)*

*“(...)eu cheguei, eles me examinaram, fizeram ultrassom...o médico me perguntou se eu tinha tomado alguma coisa...aí eu falei...só não sabia o que ia acontecer comigo, só sei que deram minha roupa pra minha cunhada levar e iam avisar minha mãe(...)” (Luzia)*

*“(...) esperei ser atendida pra fazer a ultrassom, aí fiz,aí tinha que esperar a médica pra abrir o exame, mas eu abri, aí meu marido falou ‘vai tá tudo bem’, mas eu já sabia que não tava tudo bem.. o médico que me atendeu antes não me falou nada que tava tudo bem ou que não tava e aí quando eu fui ler a ultrassom, aí tava escrito feto expulsado, aí, a gente tava do lado de fora, meu marido foi perguntar pra enfermeira o que era, aí chamaram uma outra pessoa que tinha chegado depois de mim...aí eu falei se já tá demorando tudo isso é porque alguma coisa tem...aí quando eu entrei na sala, a médica me falou que eu tinha perdido o nenê(...)”(Angélica)*

*“eu não entendi porque o SAMU me trouxe pra cá, nem sabia que eu vinha pra cá, porque eu faço acompanhamento no hospital X, né...não entendi nada...”(Gardênia)*

A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao abortamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b) circunscreve a orientação e o repasse de informações como ações necessárias para a autonomia da paciente à tomada de decisões e ao autocuidado. Entretanto, constatamos que a imposição de normas institucionalizadas impede a paciente de apropriar-se de seu tratamento.

No que se refere às orientações sobre planejamento reprodutivo e cuidados pós-abortamento, somente Antônia e Angélica mencionaram orientações por parte dos profissionais, tendo sido informadas sobre o reinício da atividade sexual e encaminhamento para Unidade Básica de Saúde para indicação contraceptiva

*“(...) quem falou foi a médica, 30 dias de resguardo e pra mim optar por anticoncepcional ou preservativo...só...vou falar do meu atestado pro trabalho, porque não me perguntaram...”(Antônia)*

*“(...)me falaram pra eu procurar o posto pra começar a tomar algum anticoncepcional porque a médica falou que não posso ter uma gravidez uma em seguida da outra”(Angélica)*

Outro aspecto relevante diz respeito à falta de diálogo com os profissionais que as atenderam. Embora as pacientes estivessem alocadas no mesmo ambiente e em condição semelhante e compartilhassem, por

vezes, sua situação umas com as outras, foram frequentes os relatos de angústia e solidão vividos durante o período de hospitalização

*“ aqui o tempo não passa, você só fica aqui deitada, é horrível...”(Rosa)*

*“olha, ninguém merece, ficar dentro de uma salinha, às vezes no escuro...”(Tânia)*

*“ eu to aqui desde ontem à noite...as enfermeiras mal entram aqui...a noite fiquei no escuro, aí eu mesma levantei pra acender a luz, ó...[aponta lençol sujo de sangue]...não tive nenhuma atenção pra me trocar, nem elas trocaram isso aqui...”(Antônia)*

*“...fiquei muito sozinha aqui.....o meu nenê nasceu, eu fiquei sem saber se ele tava vivo, se ele tava morto, quando eu vim, acho que o SAMU queria tentar salvar....mesmo sem ter planejado em engravidar, eu quis ter, mas...e aqui não tem ninguém pra acalmar não...só vem olha [o médico] e fala com a enfermeira(...)não tem isso de conversar... que nem aqui com você, quer dizer, conversando com alguém já vai distraindo, né, agora ficar aqui só pensando nisso...até pensei que quando você entrou que você era psicóloga(...)” (Gardênia)*

Observa-se que pacientes ficam suscetíveis ao “estilo pessoal” dos médicos e auxiliares de enfermagem que as atenderam, uma vez que não há constância no atendimento (BERTOLANI e OLIVEIRA, 2010). Nesse sentido, Margarida, Valéria e Angélica elogiam a conduta das auxiliares de enfermagem, emitindo opiniões como *“as enfermeiras foram legais”, “as enfermeiras me trataram super bem”*. Ao contrário, Antônia compara o

atendimento das profissionais de enfermagem do Centro Obstétrico com a equipe que a atendeu no momento da curetagem

*“(...) a médica foi mais calma, falou que eu ia lá pro centro cirúrgico porque a placenta não conseguia sair, aí eu fiquei lá, lá foi totalmente diferente, as meninas muito boas...agora, o pessoal daqui...é muito estúpido e essa sala aqui, pelo amor de Deus” (Antônia)*

O discurso de Antônia assinala experiências distintas com o atendimento no mesmo serviço, gerando momentos menos desagradáveis em certos setores do que em outro, relacionando-as ao próprio ambiente (estrutura, privacidade) e aos profissionais que as atenderam nesses locais.

Da mesma forma como Luzia aponta que cada profissional “tem sua maneira ser”, Julieta e Valéria fazem referência à falta de diálogo e “frieza” de alguns médicos, como se essa fosse conduta característica daquele profissional, tendo que ser aceita pelas pacientes

*“(...) eu já tava nervosa quando eu cheguei, e aí as médicas falam isso...quer dizer, você já tá nervosa porque tá perdendo um filho, e a pressão alta, ainda ouve que não tinha mais jeito, que ta morto, ah não sei, não gostei... mas fazer o que, é o jeito deles, né, frio...é a profissão deles...” (Gardênia)*

*“(...)aí o médico me falou que ia ter que fazer a coleta(sic), que eu tinha perdido o bebê...o que a gente acompanha mesmo é o que ele vai falando pras enfermeira ‘faz isso, faz aquilo’, mas pra gente mesmo eles falam pouco, né, eles são assim, é difícil ver um médico que conversa, fala, explica tudo direitinho, né...”(Valéria)*

Antônia e Julieta relataram o desejo de ver o feto abortado, mas, segundo as depoentes, não lhes foi dada oportunidade.

*“(...)o bebê eu pedi pra ver...eu vi só um só, mas eu acho que o certo era ver os três, era três filhos meu que tava na minha barriga , né, o certo era eu ver, era meu...ela [médica] falou o que ia fazer, pra onde vai, ela falou que com o peso não dava pra enterrar...mas eu queria ver, né,...”(Julieta)*

*“o médico não me falou que tinha...que a criança tava morta, ele chamou a moça pra vim limpar quando a bolsa estourou, aí de repente eu senti uns negócio saindo de mim, aí eu falei ‘aí doutor que é isso’, aí ele: ‘ta saindo’...aí quando eu olhei assim por cima , que eu vi mais ou menos [o feto]...tava tudo perfeito mão, cabeça , tudo, tava com a mãozinha assim, aí elas falaram “pegar um saco, uma sacola lá plástica”, aí colocou dentro do plástico e levaram lá.. aí mandaram eu me limpar.. eu mesma me limpei, aí veio a médica tirar a placenta e não conseguiu tirar, aí: “você vai lá pro centro cirúrgico” cheguei lá eu tomei anestesia e não vi mais nada(...)não deixaram eu ver a criança, eu consegui ver um pouco porque eu levantei, aí as enfermeira já colocaram num saco, foi a coisa mais horrível que eu já vi na minha vida, levaram tipo assim ah um lixo, pegou e levaram [chora], não me mostraram, nem nada...”(Antônia)*

O abortamento, espontâneo ou provocado, configura-se como um processo sofrido, conforme já mencionado. Diante da experiência física, emocional e social vivenciada pela mulher que aborta, observa-se pouca demonstração de sensibilidade e solidariedade à paciente no ambiente hospitalar. Predomina o silêncio e o desrespeito ao seu luto, na medida em que não há espaço para a elaboração subjetiva de sua experiência.

Quando indagadas sobre o que mudariam na atenção recebida, as mulheres apontam necessidades de mudanças na dinâmica de atendimento e na atitude dos profissionais.

Gardênia compara o atendimento no hospital municipal com o de um outro serviço de saúde, o qual atende, exclusivamente, gestantes. Implícito em seu depoimento notam-se críticas à precariedade das condições



estruturais do hospital municipal e aos corredores superlotados, em razão da falta de leitos

*“Assim, eu acho que maternidade deveria ser totalmente separado do hospital geral nesse atendimento....tipo o hospital X....lá é só gestante, porque aí é mais voltado, né, acho que deveria ser assim, devia sair essa lei, de hospital só pra gestante...a gestante fica carente, né, aí tendo mais cuidado, a pessoa já fica melhor...eu falo isso porque lá eu tive um atendimento melhor...aqui não, você entra, esse monte de gente nas cama, no corredor, é muito ruim...a pessoa já fica assustada... esse hospital aqui é meio judiadinho.”(Gardênia)*

Da mesma forma, o discurso de Tânia aponta para a importância de uma equipe de profissionais direcionada ao atendimento de mulheres que têm a gestação interrompida e relata diferenciação do tratamento, se comparado ao dispensado às parturientes

*“...ah, tinham que ser um pouco mais atenciosos, deviam dar mais atenção, deviam ter uma equipe pra isso [aborto] e uma equipe pra aquilo [parto]...deviam ter uma equipe assim só pra aquilo...tem umas meninas aí que tão pra ganhar, e tipo... tão nelas, né [a equipe] e eu aqui...esquece, né, porque o meu... se tiver, não tiver, tanto faz...eu espero...aí o delas não pode esperar...”(Tânia)*

Tal diferenciação no atendimento corrobora o que foi constatado por estudos de BISPO e SOUZA (2007), GESTEIRA et al (2008) e AADS/IPAS (2008), que demonstram o privilégio no atendimento às parturientes, em detrimento do dispensado às mulheres em situação de aborto. De acordo com VILELLA et al (2011:91),

O não atendimento imediato a uma complicação de aborto inseguro constitui uma infração ética e técnica, pois esse evento é considerado de urgência. Ademais, o prolongamento do tempo de espera para o atendimento implica aumento do risco de seqüelas físicas ou psicológicas, além de ser uma importante forma simbólica de punição às mulheres.

Além disso, os relatos nos trazem outras questões para reflexão. A primeira refere-se à centralidade do apoio psicossocial no atendimento às mulheres, manifestada nos discursos, como a necessidade de falar e de ser ouvida. Outro aspecto, constantemente citado pelas entrevistadas ao serem questionadas sobre a possibilidade de melhora no atendimento, trata da efetivação do direito de a paciente ser informada e orientada sobre os procedimentos a que está sendo submetida

*“Acho que tem que dar informação, se vai trocar um soro, dizer o que você está tomando, só isso, que é pra você saber o que ta sendo feito com você né...orientando se você vai ter alta, não, quanto tempo, porque as vezes você ta ali deitada e não tem nem noção, você acha que vai embora, mas não, você fica mais dois dias aqui, então eles tem que ta orientando, porque você fica aqui, você fica...doida, dá vontade de sair correndo...”(Rosa)*

*“(...) eu só acho que quando a mulher vem procurar com alguma queixa, alguma dúvida, eu acho que seria ideal que tivesse bem esclarecido ...”(Iris)*

*“...tinha que ter aqui é mais gente né, psicólogo, assistente social, pessoas pra conversar com a gente, dá bom dia, sei lá, qualquer coisa vale...”(Gardênia)*

*“Eu acho que tinha que ter mais psicóloga, além de enfermeira, psicóloga...porque as enfermeiras ...pra elas tanto fez, tanto faz...que nem, eu to aqui ó...desde ontem à noite, elas mal entram aqui...é ruim....”(Antonia)*

*“ Olha, no meu caso...eu não tenho muito o que falar não...eu queria...eu acho que seria bom se tivesse psicólogo, assim, sabe, alguém que me falasse, que conversasse aqui comigo...”  
(Luzia)*

*“Eu acho que assim que a gente procura o hospital, quando tem dores ou sangramento, não sei, talvez se tivesse um apoio psicológico e, no fundo, que nem no meu caso quem planejou sempre quer um melhor resultado, né, não imagina que vai chegar a esse ponto, sei lá, eu acho que nesse caso teria que ter um pouquinho mais de atenção, as vezes a pessoa vem, acha que é frescura ou que tá se precipitando ou que tá ansiosa...que...no meu caso quando eu fui passar em outro hospital foi isso que eu ouvi, que eu era pessimista e não sei o que, mas não, é que a gente fica preocupada. Lá eu fui, fiz um ultrassom, aí tava tendo um pouco de sangramento, aí quando chegou lá já tinha parado, umas oito semanas atrás, aí parou o sangramento, aí marcaram outro ultrassom, aí a moça falou que talvez a gravidez não iria pra frente, né, e aí eu comecei a chorar e falei “e se não for, qual a consequência que vai ter “, aí a médica falou pra mim que era muito pessimista , que tinha que pensar positivo, mas...você vai pensando, cada médico fala uma coisa , você fica meia desnorteada, né...(Valéria)*

Antônia menciona a capacitação de profissionais para o atendimento, como estratégia para melhorar a relação com as pacientes

*“(...)eu acho que eles tem que ter aula pra lidar com as pessoas, porque eu me senti muito humilhada ontem, muito humilhada...”*

Por fim, observa-se, como já discutido, que a atenção da equipe restringe-se a procedimentos técnicos, valorizando-se somente a dimensão física. A vivência dessas mulheres em seu contexto social, suas percepções e sentimentos não fazem parte da identificação de suas necessidades.

Os discursos expõem as contradições entre a experiência vivida pelas mulheres no hospital e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). O documento, que tem como escopo a

ampliação, qualificação e humanização da atenção, em observância aos seus direitos sexuais e reprodutivos, afirma o papel da mulher como sujeito ativo no cuidado com sua saúde, em todos os ciclos da vida.

No que se refere ao atendimento às mulheres em situação de abortamento, o PNAISM, assim como a Norma Técnica, refere que “*as mulheres em situação de abortamento, seja provocado ou induzido, devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004:40).

Entretanto, observamos que o atendimento no Hospital de estudo está aquém dos objetivos estabelecidos nesses documentos, uma vez que, efetivamente, as mulheres continuam sofrendo com a precariedade do atendimento, sobretudo, com a falta de informação e de diálogo com os profissionais.

A percepção das mulheres acerca da atenção recebida nos indica alguns fatores que interferem na qualidade do atendimento e na possibilidade de humanização do atendimento. No entanto, a despeito das falas sugerirem, em sua maioria, o despreparo dos profissionais frente à situação de abortamento, é imperativo apontar aspectos estruturais que compõem essa problemática, tais como as condições de trabalho, a limitação da equipe por falta de profissionais e a deficiência na capacitação e sensibilização.

Nesse sentido, em que pesem as dificuldades impostas ao trabalho em saúde na atualidade, é apresentada, na seção subsequente, a reflexão dos profissionais sobre sua prática, abarcando as diretrizes apontadas pela

Norma Técnica de Atenção ao abortamento e a execução de suas estratégias.

## 3.2 CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS

### 3.2.1 Conhecimentos acerca da legislação e da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento

Para desvelarmos as concepções e a atuação dos profissionais frente às situações de abortamento, fez-se necessário reconhecer seus conhecimentos acerca da legislação brasileira e da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao abortamento (NTAHA).

Quando indagados acerca dos preceitos legais que regulam o aborto no Brasil e a existência de possibilidades para a interrupção da gravidez, em geral, os profissionais assinalaram com acerto que a lei permite o aborto, quando a gestação é decorrente de estupro

*“nos casos de estupro, né, e quando põe em risco a saúde da mãe, né...só... e tão tentando...é ...conseguir quando tem a má formação...mas legalmente são só esses dois...essas duas indicações, né(M1)*

*“Só em caso de estupro e risco de vida da mulher...” (M2)*

*“Olha, o que eu tenho conhecimento é de que no caso de estupro e má formação...” (E2)*

*“Em caso de estupro e encefalia [sic], quando a criança não tem condições nenhuma de sobreviver após o parto, né..” (AE4)*

*“O aborto é legal só nas condições de estupro , né...”(E1)*

O aborto terapêutico, necessário para salvar a vida da gestante, não foi referido por três entrevistadas. Por outro lado, a maioria dos profissionais de enfermagem acredita que a legislação não penaliza o aborto quando o feto é acometido de malformações graves, tais como anencefalia<sup>22</sup>.

Interessante notar que AE1 e AE2 balizam seus conhecimentos pela aplicação prática da lei, materializada na implantação do Programa de Aborto Legal naquele hospital, interrompido em 2010, conforme mencionado anteriormente. Contudo, as entrevistadas não associam a estruturação do referido programa à legislação, tampouco à normatização do Ministério da Saúde que preconiza a organização dos serviços para esse tipo de atendimento<sup>23</sup>

*“ O que eu tive conhecimento pelo tempo que eu to aqui né, é sobre o aborto legal, de estupro e má formação de feto, permissão mesmo a gente sabe que não existe, mas no serviço público, eu cheguei a participar de vários casos de cuidado das pacientes que tinham permissão, né, que era o aborto legal que a gente tinha aqui”(AE1)*

---

<sup>22</sup> Convém lembrar que, à época da pesquisa, a liberação do aborto nos casos de fetos anencéfalos ainda não havia sido aprovada pelo Supremo Tribunal Federal (STF), o que ocorreria somente em abril de 2012.

<sup>23</sup> Referimo-nos aqui à Norma Técnica de Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, que orienta as ações a serem efetivadas pelo serviço para a interrupção da gestação, nos marcos da legislação atual.

*“Bom, aqui no hospital eles fazem o aborto legal, que são quando o juiz determina, que seriam os casos de estupro, né, de violência sexual ou quando é anomalia e quando tem, oferece algum risco a saúde da mãe. Aqui normalmente eles fazem mais quando é questão normalmente de estupro e de malformação, né, que é o mais procurado...mas eu não sei te dizer assim como é que isso tá na lei, entendeu” (AE2)*

*“ Eu sei que é permitido nos casos de estupro e quando é má formação, aí nesse caso elas fazem processo e ganha autorização do juiz ou quando a mãe tem uma doença que possa colocar em risco a vida dela, então também faz esse processo e o juiz autoriza a interromper a gestação” (AE3)*

As auxiliares de enfermagem entendem que, nas situações em que o hospital realizava a interrupção da gravidez, houve autorização judicial, inclusive nos casos de estupro. Apesar de, à época da coleta de dados, ser necessária autorização judicial nos casos de malformação fetal, as afirmações das profissionais revelam o insuficiente conhecimento acerca do direito da mulher em ter garantido o acesso aos serviços de saúde para interromper a gravidez nas circunstâncias permitidas, sem a necessidade de recorrer aos trâmites burocráticos judiciais.

Em geral, as falas dos profissionais entrevistados corroboram o que foi apontado no estudo de BENUTE et al (2012). Os autores constataram pouco conhecimento dos profissionais em relação à legislação. No entanto, apontam proporção superior de desconhecimento entre profissionais de enfermagem, se comparado ao conhecimento autorreferido por ginecologistas e obstetras.

Apesar de, em geral, os entrevistados terem mencionado, com acerto, as circunstâncias em que a interrupção do aborto é consentida pela

lei, constatamos desconhecimento no que tange ao acesso da mulher para realização do procedimento no serviço de saúde. Tal contradição pode estar associada, dentre outros fatores, à deficiência na sensibilização de profissionais quanto aos instrumentos jurídico-normativos que norteiam o atendimento ao abortamento.

Nesse sentido, no que tange à NTAHA, quando indagados se conheciam a referida Norma Técnica, e se já houve capacitação dos profissionais acerca do tema no hospital, profissionais foram unânimes ao afirmarem

*“Não tenho conhecimento de nada não, até o momento não. Aqui ainda não teve nenhuma capacitação”.(AE1)*

*“Não...eu não conheço... aqui nunca me falaram nada...”(E2)*

*“Não conheço não...o que eu tenho de capacitação é sobre violência sexual, mas não foi aqui nesse hospital...agora essa Norma eu ainda não tive conhecimento (M1)*

Os entrevistados desconhecem a NTAHA e revelam não terem participado de capacitação sobre a temática. Mais uma vez, algumas profissionais da enfermagem se remeteram ao Programa de Aborto Legal, sugerindo que a apropriação dessas informações restringiu-se à equipe que atuava nesse Programa

*“Não, não me recordo...eu tive doente, fiquei quase dois anos afastada, pode ter ocorrido nesse período, né, mas assim essa norma que você tá falando eu nunca vi não... Agora assim, a*



*equipe que trabalha com o aborto legal, eles devem ter todo este material, inclusive eles acompanham a paciente, que é um grupo que é treinado e que conhece todo esse serviço na íntegra, né, porque tem várias etapas para chegar no final, aí fica realmente no critério deles, isso no caso do aborto legal” (E1)*

*“Olha, eu não conheço, não ouvi falar não...capacitação pra gente nunca teve não, mas deve ter alguma coisa sobre o aborto legal, não desses outros abortos que chega na porta...do aborto legal, que vem encaminhado, aquela coisa toda planejada, né, agora desses aborto de porta não, capacitação de atendimento, essas coisas nunca teve não, pra nós, não” (AE 3)*

Por outro lado, AE2 e M2 referem o parto humanizado, aludindo à política de humanização da assistência ao parto, assunto mais frequentemente abordado, segundo esses profissionais

*“Não, o que se fala de vez em quando aqui é que a gente ia ter a parte do parto humanizado, mas sobre aborto não...pelo menos eu não conheço” (AE2)*

*“Não conheço...não ouvi falar...nada de capacitação, de humanização, com aborto não...com parto é que tem mais divulgação, né (M2)*

Acrescenta-se, ainda, o que aponta AE4 ao referir que o problema do aborto, embora esteja presente cotidianamente nos atendimentos, não é uma questão debatida entre profissionais, dada a controvérsia do tema

*“Não...não conheço isso não...eu não passei por capacitação nenhuma, não...na verdade ninguém fala muito sobre aborto não, só o tal do aborto legal que as meninas [enfermagem] mais antigas que falam... é um assunto que faz parte da nossa rotina aqui, mas a gente nem entra nessa polêmica(AE4)*

Os discursos coincidem com os dados revelados por SANTOS e REFFATI (2006) que, em estudo em uma maternidade-escola na região Sul do município, constataram o desconhecimento da NTAHA, declarado pelos médicos residentes entrevistados.

Nesse sentido, observa-se a fragilidade no que tange à educação continuada de profissionais para a qualificação do atendimento à mulher em situação de abortamento. Somada à escassa abordagem do tema na formação acadêmica dos profissionais de saúde (SOARES, 2003; VILELLA, 2008), constatam-se falhas, sobretudo, por parte do gestor de saúde, na discussão do marco legal e da disseminação da NTAHA, no sentido de promover a reflexão acerca dos aspectos éticos, legais e jurídicos da questão do aborto.

### 3.2.2 O abortamento no cotidiano de trabalho

A questão do aborto, em suas diversas formas, faz-se presente, cotidianamente, no hospital municipal e na rotina de trabalho dos profissionais que atuam no centro obstétrico. Entretanto, como apresentada nesta seção, sugere que tal problemática não é objeto de discussão e reflexão entre os profissionais.

Uma vez que o tema se insere no âmbito da sexualidade, campo em que, em geral, são reproduzidos julgamentos de ordem moral e religiosa, os quais podem influenciar na modalidade de atendimento oferecido (GESTEIRA 2008; VILELLA, 2008), buscamos demarcar aqui os conceitos

(e preconceitos) dos entrevistados acerca das situações de abortamento atendidas no serviço.

Nesse sentido, quando solicitados a ponderar sobre as condições físicas e reações emocionais da mulher admitida no CO, os profissionais afirmam

*“Elas chegam debilitadas, abatidas, né, sempre precisando de bastante ajuda... e o que você percebe muito é que quando elas se dão conta que perdeu o bebê muitas choram...” (AE2)*

*“Olha, aqui aparece de tudo, viu...algumas chegam fisicamente assim...é...debilitadas, com infecção, que aí já entra com antibióticos forte, aí já fica mais dias aqui porque teve infecção...agora tem outras que chegam bem, quer dizer, não bem, chegam sangrando , tudo, mas nada muito grave...agora do emocional, a gente sabe que é difícil, né, ainda mais pra aquela mãe que queria ter filho, né...mas também tem as que chegam muito nervosas quando fez alguma coisa errada, né, pelo fato de elas acharem que vai ter alguma repreensão da parte da gente, da parte do médico, né, aí quando elas chegam e inventam uma história, que caiu, que escorregou, contando, explicando, nervosa, você pode crer que aquele aborto não foi espontâneo ”( AE1)*

*“Geralmente com sangramento e dor... emocionalmente eu percebo que quando é espontâneo a mulher parece mais abalada, sabe...agora, quando é provocado, a maioria chega mais agressiva do que abalada, quando você pergunta se tomou alguma coisa, ela já reage na hora... (M2)*

*“Olha, posso te falar que elas ficam tristes quando queria aquele filho, viu...agora, quando é provocado, você vê que é diferente...elas fazem escândalo na porta, e a acompanhante junto também faz... casos de abortamento no geral que chegam aqui, dificilmente vem alguma acompanhada por homem, vem mais acompanhada por mulher...e aí enquanto*

*uma tá gritando que tá sentindo dor , a outra faz escândalo pra ela ser atendida logo...” (E2)*

*“Depende, geralmente chega com hemorragia...mas assim, eu acho que é diferente o aborto espontâneo do aborto provocado...o aborto espontâneo geralmente é o que a gente diz assim é light, é tranquilo...vem, aborta, tem aquela dor, mas aborta e pronto, agora o provocado ele sempre tem uma complicação... geralmente, se for citotec , a dor é muito mais forte, vomita muito... e aquele desespero, e aí às vezes alguns casos em que elas provocam, eliminam o feto em qualquer lugar e joga fora e chega aqui falando que nem sabia que tava grávida e tá com uma placenta grandona presa e aquilo sangra e aquela dor e elas ficam negando, negando...Agora emocional...algumas chegam nervosas, as vezes choram mas são poucas que demonstram que tão sentidas pela perda do bebe... de dez você tira três que demonstra pesar, sentimento por ter perdido o bebe...”(AE3)*

Observa-se que a maioria dos profissionais estabelece duas situações díspares, envolvendo o aborto espontâneo e o provocado. Ressaltam o sofrimento físico da paciente, porém sinalizam que, do ponto de vista emocional, são as mulheres que sofrem aborto espontâneo as que demonstram tristeza com a perda do filho.

Em contrapartida, estereotipam a mulher que supostamente interrompeu voluntariamente a gravidez, mencionando que, nesses casos, a paciente expressa nervosismo e comportamento agressivo. Nota-se que, ao se referirem à paciente que provoca o aborto, os entrevistados, em geral, sobrepõem suas percepções acerca das reações emocionais às descrições das condições físicas e complicações decorrentes do abortamento provocado

*“Aqui a maior parte chega passando muito mal...sangrando muito, descorada, sudoreica.. quando é provocado, parece que não tem nem um peso na consciência...a maioria age*

*naturalmente como se não tivesse nada acontecendo.....tá sangrando, tá passando mal, tá negando, sabe que foi provocado, e quer mais é se livrar disso mesmo...agora, é diferente das que tem aborto espontâneo, essas ficam triste, você percebe...” (AE4)*

*“Chegam infectadas, né, mas não é muito não, uns 20 % já chega com infecção secundária, mas a maioria chega sem infecção...agora tem umas bem graves...a ponto de ...já vi aqui, não que eu tenha feito mas ...de precisar tirar o útero da mulher, ela precisar ir pra UTI, ficar na UTI vários dias com uma infecção quase generalizada por provocar o aborto e aí, assim, nesses casos a minoria fala que colocou remédio ou que tomou alguma coisa ou que colocou um comprimido pra abortar...a maioria esconde, não fala que provocou o aborto...e aí você fala que ela tá infectado ou alguma coisa ou que tá correndo risco de vida, ela não dá tanta importância, eu acho que ela não vê a gravidade da situação, entendeu, a maioria que a gente...que eu sinto, né, não sei se todo mundo sente, é uma situação assim: quando você fala ‘ó, tá perdendo’ é uma situação de alívio pra elas...elas falam assim ‘bom, eu consegui o meu objetivo, eu tô abortando’..entendeu, e se sentem tranquilas porque elas tão dentro de um ambiente hospitalar, sabe que aqui a gente cuida, né, então... tem umas até que sorri, fica feliz, sabe, muito pouca mulher que vem abortando aqui, mesmo que não seja provocado, choram...se eu vi muito, nesse tempo, eu vi umas duas, três, que choraram depois da notícia, ‘ó, a senhora tá abortando, ó a senhora perdeu o nenê’, muito poucas, entendeu, a maioria eu acho que sente alívio... então, é o que eu dizia, se é provocado você percebe que elas chegam tensas, porque elas não sabem se o método que ela usou ou que ela fez tá sendo...se teve sucesso ou não, né, e aí, chegam, são examinadas, você fala que tá abortando tal, elas se sentem aliviadas conseguiram o que elas queriam... o que eu sinto a maioria das vezes é isso...(M1)*

Diante das suposições feitas por profissionais acerca dos sentimentos expressos pela mulher em processo de abortamento, assim como a comparação estabelecida entre o aborto espontâneo e o provocado, lançamos o questionamento sobre como eles identificavam que a paciente havia induzido o aborto

*“Pela história dela, né... tem aquela famosa que...tem duas que servem como truques: caiu na escada ou caiu no*

*banheiro...isso é comum, ou caiu na escada ou caiu tomando banho...Outra coisa comum, me aconteceu mês passado, é chegar aqui, aí ela tá com sangramento, você pergunta 'por que você tá aqui', aí ela 'eu acho que é menstruação', você vê que tá com útero aumentado, então tem que confirmar com exame (...) mas é aquilo, elas chegam aqui, se eu pergunto 'você tomou alguma coisa?' claro que ela vai falar que não, né, então você pressupõe que foi provocado, só que ela nunca vai falar que provocou, você tá sabendo que foi, né, agora provar como? Então, às vezes você percebe aí você percebe e não pode fazer nada... só conversando pra saber, 90% dá pra saber só conversando... e você nota no semblante quando tá falando a verdade, você vai aprendendo pela experiência, né, eu tenho 34 anos atendendo isso ... mas a maioria aqui é espontâneo....(M2)*

*"Olha aqui eu vou ser bem sincera com você, geralmente são poucos casos que é aborto espontâneo...aqui a maioria é provocado...você já percebe pela carinha ... A primeira coisa quando chega com aquela história... 'ai, eu tava em casa, eu caí, minha menstruação tava atrasada, mas eu não sei se eu tava grávida' essa é a primeira história ou então assim 'ai, eu fiz um teste da farmácia deu positivo, aí eu fui não sei aonde e eu caí da escada e aí hoje começou a sangrar, mas assim eu não sei se eu tava grávida ou se eu não tava' aí põe na mesa o médico vai examinar o colo dilatado e aquela placenta grandona e o cordão assim pendurado e aí pergunta 'e o bebê', aí 'que bebe?', não, saiu só uma bola [?] lá em casa, sozinho' então, essa aí você já sabe que tá escondendo, ou quando chega e fala 'ai, tô com hemorragia há cinco dias, quinze dias', 'tinha atraso menstrual?', aí ela 'não', aí põe na mesa tá lá aquela placentona lá dentro, aquele aborto, 'ai, mas eu nem sabia que tava grávida' sabe aquela coisa quando nega, nega, nega o tempo inteiro que não sabia que tava grávida... as vezes mulher de 40 anos que já teve uns cinco, seis filhos, chega aqui e fala 'eu não sabia que tava grávida'...então uma coisa que eu não acredito é nisso, 'eu não sabia que tava grávida'... uma mulher que tem uma vida sexual ativa, ficou sem menstruar muito tempo, a barriga começou a crescer, você não sabe que tá grávida... não tem como você não saber...(AE3)*

*"As que provocam vão negar, né, fala que não sabia que tava grávida, que não tomou nada, que não fez nada, mas pelas condições que elas chegam você já tem..., pela prática você já tem uma noção do que realmente aconteceu, normalmente elas sempre tomam alguma coisa e ou introduzem alguma medicação pra provocar e aí o que acontece, elas começam a*

*sangrar, sangrar, um dia, as vezes dois, não procura, acha que vai melhorar e só vem mesmo quando não tá dando mais, né, então muitas chegam aqui já quase...com um sangramento muito grande e ...é complicado...a gente acha que é, né, agora provar mesmo é difícil né.....” (AE2)*

Um importante indicativo da dificuldade de profissionais em distinguir o aborto provocado do espontâneo é revelado pela dissonância entre as afirmações de M2 e AE3 com relação à proporção de abortos espontâneos e provocados atendidos no hospital.

Embora reconheçam a dificuldade em comprovar o ato, constata-se que a identificação do aborto supostamente provocado abarca critérios subjetivos, pautados, especialmente, na afirmação de mulheres que referem desconhecimento da gravidez, no comportamento “suspeito” de pacientes e nos relatos de queda, usualmente apresentados, quando procuram atendimento médico.

Por outro lado, alguns entrevistados referiram situações em que o médico constata que o aborto não ocorreu espontaneamente, por encontrar vestígios de Misoprostol introduzido na vagina, como relatam E1, AE4 e AE1

*“Olha, quando é provocado, elas negam, negam... a menos que se, por exemplo, ela tenha usado algum tipo de medicação, o citotec, que introduz... porque na hora que o médico vai fazer o exame físico, ele pode encontrar o medicamento... aí não tem como negar... e aí ela acaba confessando... Elas conseguem esconder bem isso, você não vê desespero, ela procura contar outras histórias que caiu, que aconteceu alguma coisa...e chegam com sangramento” (E1)*

*“Ah, dá pra saber...assim, não todo caso dá pra saber, mas alguns dá...porque as vezes elas mesmas falam pra gente, né...a gente aperta...aí ela pega e fala que provocou porque não queria, algumas bate o pé, nega até a morte que não foi*

*provocado mas as vezes dá pra saber porque o médico já encontrou citotec na vagina da mulher...”(AE4)*

*“O médico pergunta, é obrigação do médico perguntar pra anotar no prontuário, o que ela responde é anotado, mas o médico ta sabendo que não é aquilo, certo, ele anota o que ela ta falando , mas ele sabe, porque quando o médico faz o exame de toque, examina a paciente, ele ta sabendo que aquilo ali foi ...que tem alguma coisa...em muitos casos dá até pra perceber que foi colocado citotec... (AE1)*

De modo geral, esses profissionais assumem uma postura condenatória e moralizante frente à situação de um suposto abortamento provocado, tal como apontado no estudo VILELLA et al (2008). Como já sinalizado, essa conduta se converte em um atendimento discriminatório, classificando e situando as mulheres, inclusive as que sofreram aborto espontâneo, em posição desfavorável para expressarem suas necessidades de saúde.

Pautados exclusivamente em “aparências” ou “histórias suspeitas”, as concepções acerca das mulheres que chegam ao serviço em situação de abortamento revelam o desconhecimento sobre os critérios técnicos, apontados pela OMS, para definir se o aborto foi espontâneo ou provocado, o que expõe, além do julgamento moral, a carência na qualificação desses profissionais.

Ao serem indagados acerca do possível conflito entre valores pessoais e conduta profissional frente à situação de aborto, os profissionais, de forma ambígua e, por vezes, contraditória, mencionam



*“Ao mesmo que você fica com dó, você fica com raiva porque a gente sabe que não é certo, né... e tem também o fato de assim...você não sabe se a que fala que é aborto espontâneo tá falando a verdade...aí é bem complicado, viu...e quando você presencia essa situação é doloroso...na verdade eu acho que os próprios profissionais não sabe como tratar isso, aí fica muito difícil...até os médicos mesmo, ao mesmo tempo que eles falam, olha isso, olha aquilo, eles também não sabe como lidar... tem que esquecer o seu lado...porque quando a gente se forma, a gente se forma assim...não vê raça, credo, essas coisas, então a gente tem que aprender a diferenciar essas coisas, se vai prestar um atendimento, tem que prestar um atendimento de qualidade...”(E2)*

*“ Olha, a maioria dos casos vai totalmente contra o que eu penso, sabe ...” (AE3)*

*“Não em todos, mas alguns mexe um pouco com a gente, sim... mas nós damos o atendimento, não podemos criticar, julgar, né, ‘ah você fez isso, por que você fez?’, a gente não faz esse tipo de pergunta, a gente pergunta o que precisa colocar na evolução né, o médico no caso, né, mas não faz parte do nosso trabalho a crítica, nem levar a fundo o por que e nem ‘ah vai acontecer isso e aquilo’...a gente se preocupa com o bem estar né, a saúde, a infecção, de cuidados e tal, a nossa parte né, tem esse lado da ética também, né...”(AE1)*

*“Então, eu acho que a partir do momento que eu entro aqui eu sou profissional e eu consigo distinguir meus valores das atitudes dos pacientes, sabe...porque se não for profissional...e não é só aborto, existem outros problemas sérios também, então eu consigo separar bem as coisas, eu faço isso...é claro que é difícil essa coisa do aborto porque você não sabe claramente o que é espontâneo e o que não é, mas a nossa tarefa aqui é cuidar da paciente...só isso” (E1)*

*“Olha, aqui nesse hospital a gente tem uma grande parte dos médicos que é contra o aborto, mas quando chega com restos, a sua função é fazer a limpeza, é a função médica(...)se ela provocou o aborto, cada um é responsável por sua vida, pela*

*vida de quem botou dentro...é a consciência de cada um, se ela não dá bola, então...nós cumprimos nossa função, é isso que nos cabe aqui, só isso...entendeu....agora, a mulher é que tem que saber dos riscos que ela corre...” (M1)*

Em geral, as entrevistadas destacam as responsabilidades pertinentes à profissão, relacionadas ao cuidado da paciente, sob o paradigma de cura da doença, porém, afirmam que o aborto provocado confronta seus valores, ressaltando a dificuldade dos profissionais em lidar com a questão. Nesse sentido, as falas vão ao encontro do que assinalam GALLI e VIANNA (2010) acerca da contradição entre a significativa demanda desse tipo de atendimento nos serviços e o despreparo dos profissionais para lidar com tal realidade.

Por outro lado, M1 sinaliza a contrariedade da maioria dos médicos em relação ao aborto e demarca sua posição, afinada com códigos morais e religiosos acerca do conceito de vida humana, ao se referir implicitamente à “vida” do embrião. Ademais, a profissional individualiza a questão do aborto provocado, destacando a responsabilidade da mulher em zelar por sua vida e tomar conhecimento dos riscos inerentes àquela prática, descolada da realidade social da mulher.

Na esteira dessas reflexões, cabe ressaltar as falas de M2 e AE3 acerca das limitações que a criminalização do aborto impõe para o atendimento

*“O problema aí é que por ser considerado um crime, elas não falam, né, e fica difícil pro diagnóstico e etc...agora, isso é parte do nosso trabalho, atendemos isso todos os dias... se é errado, se não é, isso é pessoal, e aqui isso tem que ficar de fora...” (M2)*

*“Acho que tem duas coisas aí pelo que eu percebo, viu...eu acho que por ser crime, né, , aqui no nosso trabalho essa questão fica complicada tanto pra gente quanto pra elas ...aqui no nosso dia a dia, eu acho que é muito mais trabalhoso pra gente...então, quando a gente vê que chega muito grave , a gente geralmente já dá uma pressãozinha assim psicológica pra ver se ela confessa o que ela fez (...) quando conta é bem mais fácil porque daí vamos supor se é citotec você já entra com os remédios pra náusea , pra dor, porque você sabe que vai ser uma dor insuportável, se foi sonda você já pede todos os exames porque você sabe que pode ter perfurado o útero, o intestino, pode ter perfuração...então se ela fala você já vai se precavendo de tudo e já vai cercando de todos os lados.....”(AE3)*

Sob o argumento da facilitação do diagnóstico e da execução das medidas curativas pertinentes, AE 3 admite a coação exercida sobre a paciente, também referida anteriormente por AE4, para que a mulher ‘confesse’<sup>24</sup> a indução do aborto. Tal atitude se configura como um modo de intimidação moral das mulheres (VILELLA e BARBOSA, 2011), expondo-a ao constrangimento de revelar a prática e restringindo a possibilidade de manifestar a experiência física, emocional e social vivenciada.

Diante dos relatos e concepções aqui apresentados, cumpre problematizar a prática desses profissionais na atenção a mulheres em situação de abortamento, buscando dialogar com as estratégias de humanização preconizadas pela Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde.

---

<sup>24</sup> Cabe destacar que, ao se referirem à revelação da prática do aborto, o termo confessar, ação de admitir um crime ou pecado, é frequentemente utilizado pelos profissionais.

### 3.2.3 A prática de profissionais

A NTAHA estabelece o acolhimento e a orientação como um dos elementos fundamentais para a implantação do modelo de atenção humanizada ao aborto espontâneo e provocado. Assim, a escuta qualificada, o apoio psicossocial, a informação e orientação às usuárias do serviço, compõem o conjunto de ações recomendadas, inseridas no contexto de integralidade nas ações de saúde da mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b).

Destarte, considerando os discursos expostos anteriormente, iniciamos a abordagem sobre esse ponto questionando os profissionais acerca da atuação da equipe, quando da admissão de uma paciente em processo de abortamento. Os entrevistados relatam os papéis atribuídos a cada um dos envolvidos no atendimento, os procedimentos adotados e a relação estabelecida com a paciente

*“Olha, aqui é assim ...nós somos as primeiras a atender ela, então nós é que recebemos na porta, aí depois passa pra dentro, já põe lá e o médico examina...quem ta mais direto mesmo no atendimento aqui somos nós, auxiliares e o médico... e aí é assim, em casos que não teve complicação se tiver complicação, aí ela sobe pro andar porque aí ela vai ter que tomar antibiótico, vai ter que fazer raio x, se não tiver complicação ela fica ali naquela salinha e vai embora de tarde...se ela fez de manhã...se ela fez de tarde, vai embora a noite...” (AE3)*

*“(...) então, nós aqui da enfermagem, a gente já acolhe de imediato, a gente recebe a paciente, cuida da parte do sangramento, colocando uma fralda, colocando um forro pra amparar, troca a paciente, põe ela deitada e faz o que a médica pede, né,...aí ela vai colher exames de laboratório, que aí vão ver hemograma (...) a gente faz esse atendimento na*

*medida que o médico vai pedindo, o mais rápido que a gente pode... é esse atendimento que a gente dá de imediato...então, quer dizer, o médico atende ela, né, e nós da enfermagem ficamos do lado dando toda a assistência pra ela ficar confortável e a gente vai fazendo o que ele vai recomendando (...). (AE1)*

*“(...) a gente sabe que quando a mulher tá abortando , ela tá muito frágil, né, então a gente procura dar segurança pra ela, né, agora quando ela chega com o sangramento muito forte a gente não tem muito tempo pra ficar conversando na hora não,né, aí nesse caso o medico avalia, vai pro centro cirúrgico depois se precisar (...) então, quando a paciente fica internada a gente explica como funciona, a gente conversa (E1)*

*“(...) Então, chega aqui uma paciente, você examina...primeiro pergunta o que tá acontecendo, quando começou a sangrar, vê se o útero estiver aberto, é um aborto, aí tem que comprovar que é um aborto, aí pede exame e se for, aí tem que induzir...pra comprovar que não tem restos, aí pede-se o ultrassom...então... tem vezes que já chega abortando, aí interna(...) (M2)*

*“(...)O primeiro atendimento o médico faz, então no consultório ele acolhe a paciente e aí vai diagnosticar o que ta acontecendo, mas antes disso vai pedir ultrassom pra ver se realmente tava grávida, colher sangue, isso tudo é a gente que encaminha, coleta (...) a paciente fica na observação aguardando, né, e assim que tiver todos os exames em mãos aí ele vai ver se realmente precisa fazer a curetagem , precisando, a gente encaminha pro centro cirúrgico, é feito lá, depois retorna pra cá...estabilizou o quadro, aí tem alta” (AE 4)*

*“Elas chegam, são acolhidas na recepção, aí faz a ficha ...de lá elas são encaminhadas pro C.O. Chega no CO, o médico chama...o médico é o primeiro contato...aí o médico pede a internação (...). (E2)*

Cabe destacar que a NTAHA aponta o acolhimento e a orientação como responsabilidade de toda a equipe da saúde, demarcando-os como “*o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolubilidade da assistência à saúde*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b:17).

Com base nessa conceituação, depreende-se que o acolhimento perpassa todo o processo de assistência à mulher. Entretanto, observa-se que, a despeito de referirem o acolhimento como parte da atenção, sua concepção pelos profissionais restringe-se ao ato de receber a paciente na chegada ao serviço.

Os discursos se assemelham, uma vez que a maioria dos entrevistados menciona, sobremaneira, os procedimentos técnicos adotados na rotina de atendimento, elemento já apontado anteriormente e ratificado pelos depoimentos acima. O contato do profissional com a paciente não se configura como uma relação entre dois sujeitos, ao contrário, caracteriza-se pelo tratamento impessoal, despojado de interação e comunicabilidade.

AQUINO et al (2012), em estudo realizado na região Nordeste, constatou a recorrência da impessoalidade da atenção e a falta de informações sobre as intervenções que seriam efetuadas. As autoras sinalizam que tal conduta prescinde as necessidades de saúde das mulheres e a autonomia em compartilhar as decisões sobre as intervenções em seu corpo.

Observa-se que somente E1 referiu, brevemente, o repasse de orientações e informações sobre a internação, com a ressalva de que, a depender das condições físicas da paciente, a “conversa” é postergada. Seu relato demarca, por um lado, a ênfase na intervenção técnica sobre as complicações de saúde da paciente e de outro, minimiza a importância do acesso às informações sobre procedimentos a serem realizados.

Outro aspecto importante refere-se ao tempo de espera para o atendimento. A fala de AE 3 circunscreve as prioridades estabelecidas pela equipe, em função da disponibilidade de médicos no Centro Obstétrico (CO) , e diverge da NTAHA quando recomenda que a organização do acesso da mulher e o estabelecimento das prioridades devem ocorrer de acordo com as necessidades identificadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b).

*“(...) o tempo de fazer a ficha e chegar aqui é rápido, não chega nem cinco minutos...agora aí vai depender de como ta aqui dentro, quantos médicos tem. Então, por exemplo, se for um dia tumultuado que ta tendo muito parto, parto, parto... espera mais um pouquinho...se for um dia que tem um médico só, espera mais um pouquinho...se for dia que tá a equipe completa aí é rapidinho porque enquanto um ta fazendo parto o outro tá ali e já tá atendendo...agora vamos supor, aquelas que já chegam assim, sangrando, sangrando, com sangue até ali no pé, quando tá bem debilitada de cadeira de rodas , as pessoas trazem até aqui na porta, a gente manda jogar a ficha, aí já põe pra dentro, já põe na mesa , né, pra médica examinar e se a paciente já tiver em jejum, é só o tempo dele preencher o papel, já vai pro centro cirúrgico e já cureta...agora se a paciente não tiver em jejum, eles tentam dar uma amenizada nesse sangramento pra esperar o jejum, se for grave, grave mesmo como alguns casos assim de que já sangrou demais em casa e ta assim ruim, mas ruim mesmo, chocando, aí eles levam mesmo assim e fazem a curetagem com rack” (AE3)*

O discurso de AE 3 nos remete ao estudo realizado por GESTEIRA et al (2008) com profissionais de enfermagem envolvidos na assistência a

mulheres em situação de abortamento. As autoras ressaltam que a priorização do atendimento das parturientes, em detrimento das mulheres em situação de aborto, ignora os aspectos humanitários e os riscos de saúde aos quais estão expostas essas pacientes.

No entanto, quando indagados sobre possíveis atitudes discriminatórias em relação às mulheres em processo de abortamento e diferenciação, no contexto do atendimento, entre parturientes e mulheres em situação de aborto, a maioria dos profissionais afirma

*“ Não tem diferença, não, o atendimento é isso aqui, a parte médica não muda...o que fica difícil no caso do aborto, é quando elas não revelam, e elas, claro, não falam porque sabem que é ilegal né, mas o fato de elas não falarem pode dificultar o diagnóstico e até o tratamento mesmo e etc., mas o atendimento é igual” (M2)*

*“ Não, não tem não...nosso compromisso é com a mulher, com a saúde dela, seja aborto, parto ou o que for” (M1)*

*“ não tem não porque é tudo parte do nosso trabalho aqui, nós tamo aqui pra atender todas da melhor forma possível, né” ( AE 4)*

*“Olha, eu não acho que tem diferença, não... isso é parte do nosso dia a dia, o pessoal já não julga mais, entendeu, então o atendimento é igual pra todas...você só percebe que os médicos ficam revoltados quando vê que uma paciente que provocou um aborto e chega numa situação difícil, que já não dá pra salvar mais, né...que nem, teve uma paciente aqui há um tempo atrás que ela foi em algum lugar e chegou com uma infecção generalizada, entendeu, uma paciente de 24 anos, super nova e que entrou em sepce (?) e não teve o que fazer, então aí eles ficaram revoltados porque a pessoa tinha mil*



*maneiras de resolver o problema e ela procurou a pior forma e deixou pra vir na última hora e aí já não tinha mais o que ser feito, né, então aí assim, é complicado...mas não tem diferença, não a gente trata todas iguais, sem ficar julgando” (AE2)*

A maioria dos profissionais compartilha a percepção de que não há diferença, e sugerem uma ‘padronização’ do atendimento dispensado a todas as mulheres. Entretanto, M2 destaca que o aborto induzido, por vezes, não revelado pela paciente em razão da condição de ilegalidade, tem consequências no diagnóstico e tratamento de saúde da paciente.

Por outro lado, AE 2 menciona a revolta do segmento médico com a mulher que procura, tardiamente, o atendimento, em decorrência de complicações de aborto provocado. Desconsiderando o contexto de clandestinidade, a profissional refere que a paciente tem uma variedade de alternativas menos agressivas para a prática do aborto, sem esclarecer quais seriam as outras possibilidades. Apesar do discurso majoritário de ‘não julgamento’ entre os profissionais, AE 2 culpabiliza unicamente a paciente pela demora na busca por atendimento.

Como já abordamos na seção anterior, cabe destacar o que apontam VILELLA (2008) e CARVALHO et al (2007), quando problematizam as repercussões da ilegalidade do aborto e da qualidade da assistência prestada à paciente, quando esta toma a decisão em procurar o serviço de saúde.

Nesse sentido, SOUZA et al (2010) também sinalizam que

(...) a procura por assistência hospitalar no início dos sinais de abortamento vem acompanhada pelo medo de que o aborto

não tenha sido efetivado e, por conseguinte, de que os profissionais atuem no sentido de manutenção da gestação.

Em contraposição aos outros profissionais entrevistados, somente E1 confirma que mulheres que chegam abortando são preteridas no atendimento. A entrevistada justifica essa conduta sob o aspecto da formação profissional dos médicos e dos profissionais de enfermagem, pautada no imperativo de 'trabalhar pela vida', o qual caracteriza seu compromisso ético- profissional

*“Sempre houve... pode até não se falar...mas você percebe...porque é o seguinte, a mulher que vai dar a luz, tá trazendo uma vida né...eu acho que o profissional dá mais valor por isso, porque o pessoal da enfermagem, o médico, a gente trabalha pela vida, é uma ética nossa, né...então quando é caso de aborto, é difícil, porque você nunca sabe se tá falando a verdade, coisa e tal...quando eles sabem que foi provocado então, aí é pior ainda...você ouve falar 'aí ó tanta mulher querendo ter e essa, olha só'...tipo uma lição de moral, sabe” (E1)*

Seu discurso expõe o conflito entre valores profissionais e pessoais, perpassado pela concepção moral e ideológica que abarca a questão do aborto. Observa-se, por um lado, a exaltação da maternidade e, de outro, a reprovação do comportamento da paciente que provoca o aborto, à medida que esta renuncia ao papel social e culturalmente atribuído à mulher.

Interessante notar que, embora a dor física tenha sido amplamente referida por mulheres e ressaltada por profissionais, como uma das principais queixas quando a mulher é admitida no serviço, os entrevistados não mencionam a oferta de medicamentos para alívio da dor, tal como indicado pela NTAHA para reduzir o sofrimento e desconforto do processo vivenciado pela mulher.

Da mesma forma, no que concerne à atenção clínica, a NTAHA indica, para casos de abortamento até 12 semanas, a Aspiração Manual Intra Uterina (AMIU) como o método mais adequado para esvaziamento uterino, em consonância com a recomendação da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e Organização Mundial de Saúde (OMS).

Vale ressaltar que a OMS, em publicação lançada em 2012 com orientações para a atenção prévia e posterior ao aborto, recomenda a substituição do método da curetagem pelo uso de AMIU ou misoprostol, destacando a dosagem e método de aplicação (WHO, 2012).

Estudos apontam que a realização da AMIU, além de reduzir riscos de complicações para as mulheres (OMS, 2004), permite a redução do tempo de internação e está relacionado ao menor tempo de espera antes do procedimento e antecipação da alta hospitalar (FONSECA et al, 1998; PEREIRA et al, 2006; OMS, 2004). Além disso, GALLI e VIANNA (2010), com base no banco de dados do Sistema de Informação em Saúde/SUS, apontam que, enquanto a curetagem tem um custo médio de R\$189,95 por internação, a AMIU custa R\$129,57 ao sistema público de saúde.

Contudo, a técnica mais utilizada no hospital é a curetagem, conforme relato de M1 e M2

*“Aqui nesse hospital acho que nunca se usou AMIU... quase ninguém faz... eu não gosto (...)”(M1)*

*“É...pode ser a curetagem ou AMIU. Alguns médicos fazem AMIU, poucos, a maioria faz curetagem (...)”(M2)*

Como sinalizado no estudo de BERTOLANI et al (2010), para a mulher não há possibilidade de escolha da técnica a ser utilizada, uma vez que o médico determina e somente comunica, por vezes, o procedimento a ser realizado.

Embora a AMIU seja uma técnica de simples execução, demandando menor tempo de realização do procedimento (PEREIRA et al, 2006), quando indagados sobre a predileção pela curetagem e predominância dessa técnica naquele hospital, os profissionais apontam

*“Eu acho que é porque já estamos acostumados à curetagem...é difícil mudar o que já tá enraizado sabe, isso é comum no serviço público...deve ter médico despreparado pra isso, inclusive...agora, pra mulher seria melhor mesmo...e também assim, nunca vi nenhuma iniciativa de capacitar, formar pra fazer diferente, pra passar a utilizar a AMIU...” (M1)*

*“olha, vou te dizer, no outro hospital que eu trabalho [hospital estadual] tem, só que só um médico usa, eu acho que...uma porque não é prática...outra porque...não sei porque...eu não gosto...pra aspirar tem que dar anestesia local, pode ser com geral ou rack, mas é mais utilizada local...pra falar a verdade eu acho é que é mais trabalhosa, acho que por isso que ninguém prefere, conheço só esse colega que faz (...)” (M2)*

Os profissionais não esclarecem se a técnica é disponibilizada pelo hospital. Embora reconheça a AMIU como o método mais adequado para a mulher, M1 refere a adaptação dos profissionais à curetagem e a ausência de capacitação para utilização da AMIU como principais entraves para sua aceitabilidade.

A despeito de a literatura apontar as vantagens do procedimento para a melhoria da qualidade da assistência à mulher (OMS, 2004; OMS, 2012),

inclusive, pela dispensa de anestesia geral (PEREIRA et al, 2006), M2 considera a técnica mais trabalhosa e, por esta razão, pouco reconhecida.

A NTAHA atenta para o fato de que a anestesia geral prolonga a permanência da mulher no hospital, período que nos foi descrito como angustiante pelas mulheres, e está relacionado à técnica de esvaziamento uterino adotada naquele serviço. Sobre o tempo de internação AE4 e M1 mencionam

*“(...) se a paciente tiver de jejum isso leva mais ou menos umas oito horas...e depende muito do estado da paciente também, né...mas o mínimo eu acho que é oito horas...o mínimo”. (AE 4)*

*“Aqui, às vezes elas chegam de manhã, saem cinco horas da tarde, saem a noite... ficam no mínimo 12 horas aqui dentro, algumas ficam mais pra tomar antibiótico...” (M1)*

Os discursos dos profissionais entrevistados corroboram com o que foi apontado no estudo de AQUINO et al (2012), ao constatar que a curetagem é majoritariamente utilizada, destacando-a como a *“técnica adotada na quase totalidade dos casos, reproduzindo um modelo tradicional que requer anestesia ou sedação profunda, admissão hospitalar, mais longa espera pelo tratamento e permanência por pelo menos 24 horas”*.

Ademais, em meio ao depoimento acerca do tempo de permanência da paciente no Centro Obstétrico, M1 refere a ausência de atenção psicossocial, também manifestada por outros profissionais, ao serem indagados sobre o tema

*“nesse período de internação, as auxiliares só vão lá botar medicação, não tem conversa, ninguém conversa sobre o que aconteceu...fora esse atendimento médico não tem nenhuma assistente social, psicólogo pra conversar, não existe isso aqui” (M1)*

*“(...) quando é paciente mais problemática, quando é paciente que são da rua, que são usuária [de drogas], aí eles pedem avaliação do Serviço Social. O serviço Social vai avaliar e ver o que é necessário, e aí no caso também se precisar o psicólogo atende, mas isso é mais quando é paciente que vem da rua [moradora de rua], que vai ganhar nenê, aí tem acompanhamento da psicóloga lá em cima na maternidade, elas já ficam lá e dão continuidade ao atendimento pra completar, o Social e a psicologia (...) agora vamos supor, se vem sozinha, é menor, a gente passa pro Serviço social chamar a família, se é num final de semana que não tem o trabalho do Serviço Social é chamada a enfermeira responsável pra entrar em contato com o responsável ...”.(AE1)*

*“(...)quando a gente vê que a paciente tá...é...muito introspectiva ou muito revoltada, entendeu, aí a gente chama o Serviço Social, ou quando a doutora acha que precisa , porque as vezes é caso de paciente que faz uso de drogas, que mora na rua, aí a gente chama assistente social e psicólogo, mas nos outros casos não, porque assim, a demanda é muito grande e a gente não tem um...uma enfermeira que fica presente aqui, entendeu, então são duas auxiliares pra fazer todo o serviço, a gente faz atendimento, a gente que faz internação, a gente que dá alta, a gente que ajuda no parto, então, é paciente sangrando que tá chegando, é paciente que tá tendo um parto e você tá ajudando, é consultório que você tem que ajudar, então, a gente não tem nenhum respaldo aqui de ninguém. Então a equipe aqui é as auxiliares de enfermagem e os médicos...Então fica um serviço muito deficiente, porque a gente não tem como ficar chamando psicólogo, entendeu, porque a correria é muito grande” (AE 2)*

*“Não, pra os casos de aborto não tem não...o hospital aqui, você vê , é muito grande, tem o setor de psiquiatria, tem a maternidade...então eu acho que os psicólogos, o serviço social atuam mais em outra frente, entendeu, a não ser que seja assim um caso muito complicado...”( E2)*

*“Não, assim...atendimento da assistente social e de psicólogo não, isso aí é só nesses casos de aborto legal, né (AE3)*

Como relatado pelas mulheres entrevistadas e confirmado nos discursos dos profissionais, não há suporte psicossocial às pacientes em situação de abortamento. De acordo com os depoimentos de AE 1 e AE2, tal atenção restringe-se às situações específicas, como no caso de pacientes moradoras de rua ou dependentes químicos, sob a conotação de ‘conter’ a paciente que não se submete às normas institucionais.

Contudo, a NTAHA destaca a importância da intervenção de assistentes sociais e psicólogos, cada qual com suas especificidades, sobretudo, no que se refere à escuta, para o trato das questões emocionais, relacionais e sociais das mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b).

É importante ressaltar que, embora o Programa de Aborto Legal tenha sido desativado meses antes da coleta de dados, os profissionais referem constantemente a organização daquele atendimento como se ainda estivesse em funcionamento, possivelmente, em virtude da falta de informações acerca dos motivos que levaram à sua interrupção.

Nesse sentido, AE3 destaca:

*“aborto legal ele vem com assistente social, caso assim de estupro, de anencefalia, ou mães que tem problema cardíaco, precisa interromper, aí vem uma assistente social, aí vem não sei quem, aí vem o pai, aí vem o marido, vem o noivo e vem e fica deitado...a salinha era essa ,né [sala pequena, hoje utilizada para exames de cardiotoco, localizada no espaço onde fica a sala das parturientes]...**agora, faz tempo que não tem mais, acho que esse projeto [aborto legal] tava meio afastado porque tava sem médico...poder , não podia entrar, mas nesses casos, até o marido vinha, a assistente social ia lá, catava e trazia pra dentro...**” (AE3)*

AE 3 menciona que a atenção psicossocial só existe nos casos de aborto legal. A contraposição entre o atendimento às mulheres em situação de abortamento e a atenção nos casos de aborto previsto em lei também foi sinalizada por outras entrevistadas

*“Quando se trata de aborto legalizado, aí normalmente elas passam com psicólogo, com assistente social, passa no planejamento, aí é que vem pra cá...pros casos de aborto legal elas tem todo um acompanhamento, um preparo, tem a possibilidade de ficar acompanhada com familiar (...) agora, quando se trata de paciente que chegou pelo PS, aí de porta, aí o atendimento segue o que eu te falei, né (...)”(AE2)*

*“No caso do aborto legal, tem toda uma equipe envolvida, um psicólogo, obstetra, Serviço Social...eles acompanhavam a paciente, elas ficavam naquele quarto separado, longe de todas as outras, sem contato, né (...)”(AE1)*

*“(...)olha, pra você a diferença, né...quando a gente recebe um caso de uma paciente que vem com um papel do juiz dando plenos poderes pra que seja feito o aborto é totalmente diferenciado daquelas que chegam na porta abortando(...) então, elas são colocadas naquele quatinho, tem um...até a enfermagem de forma geral se sensibiliza mais ... o pessoal do aborto legal é o tempo todo dando uma certa atenção, um conforto...eu percebo que elas se sentem mais confortáveis do que as que estão lá com abortamento em curso (...)” (E1)*

*“(...)no caso do aborto legal, aí é equipe multidisciplinar, é bem diferenciado, elas entravam, fazia a aspiração e já ia embora...”(AE3)*



Profissionais expõem que a dinâmica do atendimento nas situações de aborto previsto em lei é diferenciada, uma vez que há a atuação de equipe multidisciplinar, inclusive, com intervenção psicossocial, exclusiva para esses casos. Observamos que, aspectos até então omitidos pelos entrevistados, tais como a privacidade no atendimento e a presença de acompanhante, despontam nos depoimentos sobre o programa de aborto legal.

*“(...)pras pacientes que chegam pelo aborto legal, as que tem permissão do juiz, você vê a diferença...é outra equipe, não é o mesmo médico do CO, no quartinho do CO que é reservado pra esses casos não tem entra e sai, é só um leito dá pra fazer um bom atendimento, é fechado, tem mais privacidade...os profissionais conversam, se apresentam...você vê a diferença...agora se chega abortando, não interessa se é provocado ou espontâneo, médico, enfermagem nem conversa, nem se apresenta, tipo ‘sou fulano eu vou ta cuidando de você’, o que é mais humano, é o mínimo, né?”(E2)*

*“(...)então, quer dizer, pelo abortamento legal ela fica com acompanhante, tem um quarto só pra isso, é aonde ela fica sozinha com o acompanhante pra ela não ficar o tempo todo sozinha, tem a psicóloga, tem toda uma equipe multiprofissional trabalhando com ela, passando em visita e sempre o acompanhante, então ela nem fica pra que não haja, né, discriminação, pra que tenha sigilo...ela tem um local onde ela não fica sozinha, porque tem essa orientação de que ficar um acompanhante com ela, né...” (E1)*

E2 sugere que o fato de a mulher portar autorização judicial confere a diferença no atendimento e demarca um atendimento mais humanizado. Observamos que somente AE3 manifestou-se acerca da suspensão do

programa de aborto legal do Hospital Municipal, reforçando a intervenção dos profissionais em favor da presença de familiares durante o atendimento.

Importa ressaltar que o apoio psicossocial foi também citado, quando indagamos sobre orientação em planejamento reprodutivo pós-abortamento. A NTAHA assinala que a orientação em planejamento reprodutivo, a oferta de métodos contraceptivos e a orientação concepcional às mulheres que planejam uma nova gravidez completam o atendimento à mulher com complicações de abortamento. Assim, as orientações pós abortamento e informação sobre métodos contraceptivos permitem que a mulher exerça sua autonomia e poder de decisão, conduzindo o processo como sujeito da ação de saúde (GALLI, 2010).

De acordo com a NTAHA, o local onde a paciente foi atendida deve disponibilizar os métodos contraceptivos, conferindo a oportunidade de a mulher iniciar o uso antes de receber alta, caso desejem. Nesse sentido, o documento destaca que

(...) o risco de ter um novo abortamento é maior entre as mulheres que já tiveram um abortamento, e aumenta com o número de abortamentos anteriores. Nos casos de aborto espontâneo de repetição, as mulheres precisam proteger-se de uma nova gravidez até serem encaminhadas a um serviço especializado que as ajude no diagnóstico e no tratamento de seu problema. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b)

Desta maneira, direcionamos o questionamento para três aspectos, quais sejam, a orientação sobre cuidados pós-alta, o planejamento reprodutivo e o agendamento de retorno para revisão. Sobre essas questões, os profissionais afirmam

*“(...)Nós orientamos sobre o período de recuperação, agora nossa função aqui é urgência e emergência...é resolver o caso dela...então a gente fala pra ela ‘você passa no posto pra pegar comprimido’, a gente só fala...mas será que ela vai? E é difícil também porque é aquilo que eu te falei, a gente não tem o apoio de outros profissionais pra aconselhar, né, uma enfermeira, assistente social, um psicólogo...”(M2)*

*“(...)Aqui não dá continuidade, ela é só orientada a procurar o posto...é difícil porque não tem funcionário suficiente pra isso, é muita correria pra gente...isso tinha que ser feito pelos outros profissionais, assistência social, a enfermeira...” (AE1)*

*“ (...) Como aqui é um serviço só de urgência e emergência, então ela são encaminhadas pra UBS [unidade básica de saúde]...não sei...poderia até ter esse trabalho né, de orientação e tudo, mas também não dá porque falta profissional pra dar conta disso...cada um aqui tem vários pacientes pra atender, não dá tempo(...)” (E2)*

*“ Os médicos dão encaminhamento, mas não pra cá pro hospital...eles mandam pro posto onde ela já fazia pré natal, tem que ir lá na UBS, então eles encaminham pra essa parte e fazem essa orientação, né, de procurar o posto” (AE2)*

*“Não...os médicos...a gente só orienta né...40 dias sem ter relação sexual, procurar o ginecologista pra estar vendo um método anticoncepcional, mas na verdade a gente não dá...os médicos daqui não gosta de prescrever assim pelo seguinte porque como aqui é plantão, vamo supor, aquele que prescreve anticoncepcional, aí ela vai pra casa, toma e passa mal não tem como ela ta retornando com ele, pra ele ta trocando , pra ver que ta acontecendo, então por isso eles pedem pra ela procurar o ginecologista dela, que é o certo...” (AE3)*

*“Não, agendamento de retorno não tem ...De orientação, a gente fala que colheu material, todo material que obrigatoriamente é colhido, né, restos ovulares, o feto que eliminou, alguma coisa assim, é tudo recolhido e mandado pra exame...e isso fica, as vezes ela nem...ninguém nem sabe que fez isso, né...eu falo ‘ó o material tá colhido, se a senhora quiser daqui 30 dias procura o ambulatório pra pegar o resultado e levar pro seu médico’, mas acho que nem todo mundo faz isso [profissionais] e a paciente...às vezes a paciente nem tem interesse em vir buscar porque sabe que ela abortou, porque ela provocou mesmo, né...ela fica até com medo de de repente voltar e...e às vezes não vem por ignorância, né, acho que ela não vem buscar porque as vezes nem tem conhecimento disso...” (M1)*

Em geral, profissionais afirmam que, por se constituir como serviço de urgência/emergência, não há orientação em planejamento reprodutivo, nem a disponibilidade de métodos contraceptivos. Essa tarefa, de acordo com os entrevistados, caberia à atenção básica, especificamente, às Unidades Básicas de Saúde, para onde, segundo os depoimentos, as mulheres são, de maneira informal, referenciadas. M2 afirma encaminhamento ‘verbal’ ao posto de saúde, porém questiona o cumprimento, pela mulher, de sua recomendação.

Concernente aos cuidados pós-alta, a orientação restringe-se ao período de recuperação e à suspensão temporária de relações sexuais. M1 menciona a orientação acerca do resultado de exame anatomopatológico, o qual permite identificar os motivos que levaram à perda gestacional. Entretanto, a profissional sugere que a mulher não se interessa, pelo medo de represália, no caso de aborto provocado ou por desconhecimento, uma vez que nem todos os profissionais atentam para essa questão.

Diferentemente dos outros profissionais, AE 4 refere

*“O médico geralmente orienta, pergunta...dá receita pra levar pra casa, de anticoncepcional, de antibiótico, se precisar tomar depois, mas não tem uma pessoa específica pra sentar com essa paciente e fazer esse trabalho de conversar, orientar, até pela correria aqui do dia a dia, não tem como a gente parar, sentar e falar ‘é assim, assim, assado’...” (AE4)*

Ademais, em geral, os profissionais reconhecem a importância da orientação em planejamento reprodutivo, porém ressaltam o cotidiano movimentado do CO e a falta de profissionais, como obstáculos para a efetivação desse trabalho. Cabe salientar que os profissionais descartam seu protagonismo no repasse de orientações pós – abortamento, ao mencionarem a necessidade de profissionais específicos para essa intervenção.

Os discursos, ora apresentados, condizem com os resultados do estudo de AQUINO et al (2012). As autoras alertam para a precariedade dos indicadores de continuidade da atenção, sobretudo, com relação às orientações sobre cuidados pós-alta e agendamento de consulta para revisão. Da mesma forma, pesquisas realizadas em alguns estados do país, por organizações que atuam na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, revelam que o planejamento reprodutivo pós-aborto não é adotado, como conduta de rotina (AADS/IPAS, 2010b; AADS/IPAS, 2010c; AADS/IPAS 2009a, AADS/IPAS 2009b; SANTOS e REFFATI, 2006).

Confrontando os aspectos do atendimento, aqui descritos, com as recomendações da NTAHA, evidencia-se que as estratégias preconizadas não estão sendo executadas no Hospital Municipal. Os resultados da presente pesquisa estão em conformidade com as análises apresentadas

nas pesquisas de AQUINO et al(2012) e GALLI e VIANNA (2010), quando afirmam a antinomia entre o que propõe a norma técnica do Ministério da Saúde e o que se verifica na prática cotidiana dos serviços de saúde que atendem às mulheres em situação de abortamento.

Interessante notar que, a cada questionamento sobre a atenção dispensada, em geral, os entrevistados descrevem o atendimento e refletem sobre a organização do serviço e a própria atuação da equipe. Desse modo, é importante problematizar a percepção sobre essa assistência e o que os profissionais vislumbram como mudanças para que se garanta a melhoria na qualidade da atenção, elementos identificados e apresentados no tópico subsequente.

#### 3.2.4 Percepções dos profissionais sobre o atendimento

Quando solicitados a emitirem sua opinião acerca da atenção às mulheres em processo de abortamento, a maioria dos profissionais se posiciona criticamente, ressaltando a necessidade de que o atendimento seja realizado de maneira distinta

*“O problema aqui é que falta profissional, falta tempo, entendeu...não tem como eu te dizer que é tudo perfeito... aqui você tem que fazer tudo correndo , tem que dar conta do que tá aqui, às vezes tem duas , três curetas pra você fazer, tem partos, tem um monte de coisa, então você não dá aquela atenção, né, não tem tempo de conversar... um dia ou outro você tem um tempo maior , mas na maioria das vezes você tá correndo, atendendo sem parar, e claro que isso prejudica a qualidade do atendimento...” (M1)*

*“Aqui a gente precisa mesmo é de recursos, né, precisa de mais pessoas pra poder ajudar, né, e pessoas que não julgue, né, porque a gente tá aqui realmente pra trabalhar e oferecer o melhor, né, mas aí o problema é que não depende só do médico, da enfermagem, etc...você tem que ter recursos pra poder fazer melhor que isso, né...as vezes aqui não tem um ultrassom, principalmente final de semana, então quer dizer ou ela procura outro hospital ou volta na segunda-feira...isso é uma das coisas, né...” (AE2)*

*“Olha, sobre esse atendimento eu acho o seguinte...é claro que o ideal é que o profissional que atende se apresente pro paciente, converse, né, só que aqui, você vê, falta profissional, falta gente pra ajudar essas mulheres, aqui ó você tá vendo, é tudo precário, isso dificulta e muito pra ter bom atendimento... que nem aqui é tudo muito próximo sala de ”(AE4)*

*“Eu acho que da nossa parte, o atendimento que a gente tá dando é aquilo que elas precisam que se faça, os médicos dão toda atenção, nós também...agora, também tem muita coisa errada pra você dar um atendimento melhor, às vezes a gente até quer, quer dar, mas não tem condições, muitas vezes condições de pessoal ou muitas vezes a gente improvisa alguma coisa pra dar um certo conforto pra paciente... muitas vezes a gente se desdobra pra fazer o melhor e as vezes sem condições de dar um atendimento melhor, por exemplo, ‘ah falta esse material’, mas como é q você vai trabalhar faltando esse material, mas você tem que dar um jeito, né, se não tem um determinado material pra puncionar uma veia que é muito fininha, tem que arrumar outra coisa, não importa, você tem que fazer o atendimento...” (AE1)*

*“acho que um atendimento bom mesmo depende de várias coisas... em primeiro lugar de espaço físico decente, sabe, depende de um numero de profissionais...aqui não tem estrutura...”(E1)*

*“Aqui eu acho que as pessoas trabalham muito mecanicamente...elas fazem porque tem que fazer, e aí elas não pensam que elas tão lidando com outra vida...”(E2)*

Os entrevistados mencionam a carência de profissionais e a sobrecarga de trabalho, como principais fatores que impedem a efetivação de um atendimento adequado às necessidades da paciente. Contudo, frente ao contexto de estigmatização do aborto, mencionada anteriormente, nota-se a ausência da reflexão acerca de aspectos, como o respeito à autonomia e aos direitos humanos das mulheres.

Nesse sentido, é pertinente destacar o sentido conferido pelos profissionais ao conceito de humanização do atendimento. Considerando a dificuldade em atribuir um único sentido ao termo, dada sua polissemia (DESLANDES 2005; DINIZ 2005), os discursos envolvem desde a menção ao 'acolhimento' e 'escuta' à percepção mais ampla, relacionada aos recursos humanos, materiais e estrutura física do serviço.

"É chegar... é... é o acolhimento, alguém pra conversar com ela, aí por exemplo, no caso da paciente que provocou o aborto, ver porque que ela fez aquilo, entendeu, vê a situação dela, vê a parte social dela, né..." (M1)

"Humanização...eu acho que tinha que ser assim...é...ter mais profissionais, um atendimento melhor, acolher bem a paciente né" (AE4)

"Eu sempre falo... você ser humano com o próximo na área da saúde é você pensar sempre que aquele que você tá cuidando é você, e você jamais faria algo que não fosse bom pra você mesmo...ou então pra sua mãe ou pra um ente querido seu, então... aqui no hospital eu não vejo isso... e claro que falta capacitação, né..." (AE2)



“Pra mim seria humanização ter gente suficiente e isso eu falo de maneira geral aqui, por exemplo, tem setor aí que põe uma pessoa da enfermagem pra cuidar de cinco pacientes que não consegue se movimentar, esses pacientes não vão ser bem cuidados, não por culpa da enfermagem, mas porque a pessoa não consegue dar conta...a gente sabe que tem falta de profissional, como tem falta de condições de trabalho muito grande”.(AE1)

“Olha eu acho que é você dá recursos realmente pra pessoa ser bem atendida, não é você pegar na mão da pessoa e ficar conversando só... é você poder atender a pessoa da melhor forma possível, é você ter meios e condições pra fazer isso entendeu, você tem que ter mais funcionários, porque um funcionário só não vai resolver nada não adianta, entendeu, tem que ter mais funcionários e recursos pra fazer alguma coisa, porque não adianta você ficar conversando com a paciente, enquanto não tem uma maca, uma cadeira pra ela sentar, você pode dar um apoio psicológico, mas ela vai acabar caindo uma hora porque ela tá com dor, ela tá doente, entendeu, então você precisa de tudo né...”(AE2)

Por outro lado, alguns entrevistados evidenciam uma concepção limitada do conceito de humanização, reduzindo-o à permissão da presença e da participação do acompanhante na internação. Tomando como referência o programa de Humanização do Parto, entrevistados expressam críticas em relação a essa proposta, evidenciando, por um lado, a dificuldade de interação entre profissionais e acompanhante familiar e, de outro, a inadequação do espaço físico para sua permanência na instituição.

*“é..se fala muito em humanização, mas no parto né, quando a família acompanha a gestante e tal...mas o acompanhante muitas vezes atrapalha , não ajuda...tem vez que na hora do parto você tem que falar mais alto com a paciente né, e tem parto que tem que ter paciência, então você fala ‘ó vai demorar muito ‘ aí o acompanhante ‘ ah, mas por que’, ele não vai entender, né...e a acompanhante não entende, atrapalha...e aqui não tem estrutura pra isso...É para o parto, acompanhar paciente e a parte médica e lidar bem com todos”.*(M2)

*“É importante a humanização para que as pessoas tenham livre acesso, para que possam estar acompanhando esse doente...isso é importante, eu acho fundamental... mas muitas colegas eu observo que não gostam...eu prefiro, eu gosto que o acompanhante veja exatamente o trabalho que ta sendo feito, eu explico tudo o que estou fazendo, isso você vê que isso ajuda na evolução do paciente, né...mas infelizmente a gente ainda não conseguiu, são bem poucos os locais que fazem isso, né, porque, você precisa de espaço físico, você precisa dar condições pra esse acompanhante...ele tem que ter um banheiro, ele tem que ter um local onde ele possa se acomodar...porque não é só colocar o acompanhante aí, você depende de espaço físico, de alimentação, de dar condição pra esse acompanhante também, senão a coisa fica complicada...”(E1)*

*“Acho que ...é...eu não entendo muito bem esse termo, não, mas pelo pouco que eu vejo, pra mim Humanização tá sendo mais passar a mão na cabeça e deixar os pacientes agir como se fosse na casa deles pra fazer o que bem quiser...mas assim, eu acho que não é bem por aí... humanização pra mim seria tratar todo mundo com respeito, com carinho...que nem assim, to com uma menininha de 15 anos ali [parto]...o pai e a mãe não pode ficar, nem uma pessoa maior...seria super legal se ela tivesse na maternidade, que a mãe dela pudesse ta aqui do lado, mas a gente não tem espaço físico, não tem estrutura...” (AE3)*

Destarte, quando questionados sobre aspectos que mudariam no atendimento dispensado, os profissionais apontam a orientação contraceptiva e intervenção psicossocial, como ações que contribuiriam para a melhoria da atenção à mulher em situação de abortamento.

*“teria que ter algum outro trabalho em cima disso, né, não só chegou, abortou, limpou, deu medicação, cortou a infecção, medicou com antibiótico, a paciente tá bem, foi embora... daqui três meses ela engravida de novo, ou antes até, tem que trabalhar alguma coisa em cima disso pra que isso seja evitado, né...” (AE1)*

*“Teria que ser um atendimento mais amplo, vai...não digo a paciente chegar, curetar e ir embora...acho que tinha que ter um acompanhamento melhor, tanto do serviço social, tanto da parte da enfermagem, né, se tivesse mais membros na equipe, com horário disponível pra fazer isso, até pra evitar novas gravidez, novos abortos...acho que precisaria de profissionais suficiente pra ajudar essas mulheres, pra dar mais orientação, ter um atendimento psicológico né, social...” (AE4)*

*“Na verdade eu acho que teria que ter uma ala só pro aborto...pra que daí tivesse assistente social, psicólogo, um funcionário que pudesse ficar ali com ela, ou um voluntário que desse uma atenção psicológica e todos os respaldos assim de ta com ela conversando, explicando, falando, acompanhando, né...” (AE3)*

*“Falta um trabalho com mais afinco lá de cima, sabe, de SMS [Secretaria Municipal de Saúde] em proporcionar condições, dar cursos, né...estimular os profissionais, sabe...”(E2)*

Interessante destacar que somente E2 menciona a importância de capacitação dos profissionais para a qualificação do atendimento. Em geral, profissionais não vislumbram a possibilidade de contribuir, por meio da resignificação de suas condutas e práticas, para a mudança dos aspectos que consideram insatisfatórios na atenção. Ao contrário, atribuem à Enfermagem, Serviço Social e Psicologia o papel de desenvolverem ações preventivas e orientações pós - abortamento, como afirmam M1 e M2.

*“Eu acho que deveria ter uma orientação melhor pós aborto ...um atendimento de assistente social, psicólogo pra orientar... mas o atendimento é isso aqui, não muda...a parte médica não muda, o que pode ter é intervenção social...mas a nossa parte não muda...”(M2)*

*“Então...teria que ter uma assistente social, teria que ter uma enfermeira, alguém que conversasse melhor com ela, um psicólogo...pra fazer a orientação, e evitar que ela volte aqui na mesma situação, orientar sobre os riscos que ela corre, conversar sobre o motivo por que ela abortou...talvez ter uma equipe pra isso mesmo...porque pra médico mesmo elas nem se abrem muito, mas pra esse pessoal eu acho que elas se abrem um pouquinho mais...” (M1)*

Observa-se que os profissionais reconhecem as deficiências no atendimento e apresentam argumentos legítimos, no que concerne à precariedade das condições de trabalho. Nesse sentido, cabe, também, relacionarmos os atos individuais praticados pelos profissionais – e que refletem sobremaneira a moral vigente – à lógica assistencial da instituição, assentada, em geral, em paradigmas conservadores e descolados dos interesses e necessidades das mulheres usuárias do serviço. Por fim, os discursos reforçam a importância da capacitação dos profissionais para a reflexão ética sobre o tema, com vistas à concretização das estratégias de humanização preconizadas pelo Ministério da Saúde.

### 3.3 REFLEXÕES SOBRE A DESCRIMINALIZAÇÃO E LEGALIZAÇÃO DO ABORTO

Face aos dilemas éticos e morais suscitados pela questão do aborto, não poderíamos nos furtar neste trabalho de conhecer o posicionamento de mulheres e profissionais acerca da descriminalização e legalização da prática.

No que tange a tal polêmica, revela-se uma diversidade de opiniões, por vezes, contraditórias. Considerando o insuficiente debate sobre o tema

na sociedade, observamos que conceitos de descriminalização e legalização tendem a ser referidos indistintamente nos discursos, a despeito de nortearmos nossa indagação com base em duas questões:

- Você concorda com a legislação que criminaliza o aborto?
- Você acha que deveria ser permitido aos hospitais realizarem o aborto quando a mulher assim o desejasse?

Destarte, cumpre destacar a diferenciação conceitual entre os termos. A descriminalização sugere que o tema não seja tratado no âmbito da esfera penal, ou seja, o aborto deixaria de ser considerado crime. Contudo, tal ação não se converte no compromisso de o Estado fornecer o procedimento na rede pública de saúde. Por outro lado, a legalização do aborto implica que o Estado, além de descriminalizar a prática, deve normatizar e organizar os serviços de saúde para garantir que o direito seja efetivado. Como afirmam VILLELA e BARBOSA (2011:112-13)

Descriminalizar significa apenas não considerar a prática criminosa. Essa é uma medida importante, pois protege as mulheres e aqueles que as ajudam no ato de abortar de serem presos. Mas esse passo não garante que o aborto será feito de forma segura e acessível a todas as mulheres nem padroniza procedimentos técnicos para que a prática siga os requisitos internacionalmente aceitos de qualidade e segurança. Para tanto, é necessário legalizar, ou seja, criar um conjunto de leis específicas que determine as características de acesso e a qualidade do procedimento e que, ainda, penalize os profissionais e estabelecimentos que não cumpram as normas, como ocorre em relação a qualquer outra prática de saúde.

Dentre as pacientes, Antônia, Gardênia, Angélica e Valéria emitiram opinião favorável à atual legislação, posicionando-se contra a legalização da prática

*“Concordo que é crime se abortou...se a mulher provocou, ela tem que pagar...é tirar uma vida...é um pecado...liberar geral acho que não dá certo (...)” (Antônia)*

*“Eu não concordo com aborto, eu nunca faria...não sei...mas que é crime, que é um pecado, é...não acho que tem que ser liberado, não” (Gardênia)*

*“Eu acho que tem que ser assim mesmo...a lei precisa ser rigorosa com quem faz isso...mesmo essa coisa de falar ‘ah, não tenho condição de criar’, ué, se não tem, então pra que arrumar? se tem e não quer, não faz aborto, dá pra alguém, entrega no hospital pra adoção, eu acho que o aborto é triste...” (Angélica)*

*“Se é um caso assim de estupro, até tudo bem... acho que deveria fazer...agora fora isso não, porque existe vários métodos pra você prevenir, só não previne porque não quer né, porque não tem desculpa, tem remédio, tem camisinha...na minha opinião, não tem desculpa, a mulher fica grávida se ela quiser...eu não acho certo, não concordo com aborto, só em caso de estupro mesmo que acho que aí seria a melhor opção, mas o resto, nada justifica né, se tá na lei que é crime...eu acho que é mesmo, porque você tira uma vida...” (Valéria)*

A condição de criminalidade, definida pela legislação vigente, aliada ao pecado do aborto, assim demarcado pelo discurso religioso, compõem os argumentos das entrevistadas. Ademais, culpabiliza-se a mulher pela

gravidez não planejada, uma vez que, segundo as entrevistadas, há métodos contraceptivos disponíveis para a prevenção.

Da mesma forma, AE1 emite opinião favorável à atual legislação. Sua fala é precedida pelo mote da prevenção, destacando a responsabilidade exclusiva da mulher na utilização dos métodos contraceptivos. No entanto, ao mesmo tempo em que se posiciona contra qualquer alteração na lei, a profissional destaca os riscos da criminalização para saúde das mulheres

*“Olha, eu concordo com a lei, não acho que tem que mexer não, não tem que legalizar isso...seria melhor mesmo que tivesse uma prevenção, que elas fossem cuidadas, orientadas a realmente não engravidar, mas a gente sabe que...as vezes até são orientadas, mas aí falam ‘ai eu esqueci’, ‘ai eu não tomei’, ‘me faz mal, me dá isso, me dá aquilo, eu parei de tomar’...é muito difícil né...agora eu acho que só tem que ser permitido mesmo nesses casos de estupro mesmo...agora, também é aquilo, né... às vezes elas acabam provocando esses abortos de qualquer jeito aí em qualquer lugar, corre os riscos de vida que a gente sabe né, e a maioria só vem pra cá quando realmente tá sangrando muito, que já tá com infecção...” (AE1)*

Assim, se por um lado algumas entrevistadas defendem a manutenção da legislação vigente, de outro, refletem sobre a incoerência da imposição do estigma do crime e do enfrentamento de punição judicial pelas mulheres que provocam o aborto

*“Bom, pra mim eu acho que só nesses dois casos que a lei permite...aí eu acho que tá corretíssimo, na minha opinião não tem que mudar nada aí não...em caso de estupro, por exemplo, é um trauma pra mãe e ainda ter que ter filho, não dá, né... agora eu também acho o seguinte...a mulher correr o risco de ir até presa porque fez um aborto eu já acho exagero...tem várias mulheres que eu conheço, que ...não são amigas, mas próximas de mim que já fizeram...imagina levar todas as que fazem pra cadeia...então aí eu acho meio complicado...agora legalizar de vez também não é uma boa, não, eu acho que permitir mesmo só nesses casos que já tá na lei, não tem que legalizar tudo, não...é muito complicado isso, viu...” (AE4)*

*“Concordo a lei como é, só acho que podia ser permitido por anencefalia também...agora com as propostas de legalizar aí não concordo, eu acho o aborto um ato criminoso...então legalizar não...agora também se for prender todas as mulheres que fazem, aí também é difícil...” (M2)*

*“Olha, considerar a mulher uma criminosa porque fez um aborto, eu acho que não deve, acho não, tenho certeza que ela não deveria ser punida por conta disso...mas também legalizar...não sei...imagina a demanda, a gente não tá preparado pra isso, não” (E2)*

A despeito de alguns profissionais se posicionarem favoravelmente à legalização, inúmeras contradições se fazem presentes nos discursos, como referimos anteriormente. M1 se posiciona ‘pessoalmente’ contra o aborto, inclusive nas situações de estupro. Contudo, é contra a criminalização e sugere a livre decisão da mulher pelo aborto e a adequação dos serviços para esse atendimento. Da mesma forma, interessante apontar a fala de AE3 que, ao declarar-se favorável à legalização, destaca os custos da ilegalidade ao sistema de saúde.

*“Olha...[silêncio] eu pessoalmente sou contra o aborto, até em caso de estupro, né, só mesmo...eu sou a favor quando põe em risco a vida da mulher, tá, e aí...eu acho que a lei devia ser aberta, faz aborto quem quer...não ter casos particulares, eu acho que deve ser aberta, então...quem quiser abortar, aborta...mas pra isso você tem que ter estrutura pro hospital atender...(M1)*

*“Eu acho que tem problemas essa lei...de preferência pra mim eu acho que deveria ser legalizado...porque assim...é...a maioria das mulheres...é...que não tem condição de ter filho... e as vezes porque até falta vergonha na cara, não se*



*previne...como não é permitido que se faça um aborto num lugar certo, elas acabam fazendo besteira e as vezes prejudicando a própria vida dando mais trabalho pra gente, chega aqui em condições assim...dando mais gasto até pro Estado porque a mesma coisa poderia vir de manhã, sair meio dia, fica aí uma semana, duas, as vezes precisa ir até pra cirurgia porque perfura útero, perfura tudo, pega infecção...nossa, assim, e as vezes chega aqui quase morrendo de tanto perder sangue, aí precisa tomar sangue, aí fica internada tomando antibiótico entendeu, acho que é mais despesa...acho que se fosse legalizado...porque assim, sendo legalizado ou não, quem tem na mente que vai fazer, faz de qualquer jeito, não adianta...não é o fato de ser proibido ou não, é que nem a droga, né...quem quer fazer faz, então não adianta, então pelo menos se fosse liberado acho que evitaria muitos gastos, muitos problemas até da própria saúde...” (AE3)*

*“Olha eu tenho duas visões disso, né, o aborto em si, que você tá tirando uma vida... mas... quando eu me coloco no lugar, em determinadas situações, tudo o que eu penso cai por terra, porque eu chego ‘meu deus, será que eu não faria o mesmo?’, talvez legalizando nós teríamos o que , a certeza de que essa mãe não vai ter riscos com a saúde...porque é isso, muitas vão a óbito, muitas chegam em situações bastante complicadas, porque tentou o aborto da pior forma que tem, em qualquer local aí...Então são dois lados... por este lado seria bom se mudasse a lei porque aí essas mulheres não estariam indo em qualquer lugar...porque um bom lugar custa muito, pra fazer com segurança vai gastar muito e a grande maioria não tem condições e acaba indo naquelas, sabe, boca de porco...então, por este lado eu sou favorável...” (E1)*

*“Assim, eu acho que... no meu entendimento eu acho que deveria ser totalmente legalizado a partir do momento que você não quer, entendeu, você poderia tá fazendo... mas assim...é...eu acho que teria que ser mais divulgado termos pra prevenir, né...”(AE2)*

Nos depoimentos, a seguir, pacientes expressam opinião favorável à legalização, sobretudo, em casos de estupro.

*“É...eu não sei...assim, se for uma coisa que aconteceu...tipo caso de estupro, essas coisas, aí tudo bem, né...mas...é, eu acho que podia mudar...mas eu acho assim, que se fosse uma*

*coisa legalizada eu acho que deveria fazer nas primeiras semanas não esperar...que nem, tem várias pessoas que faz com quatro meses , aí eu já acho mais grave porque a criança já tá formada né...eu nem sei muito, né, mas dizem que uma semana ainda é..tá uma bolinha, né, então assim, se for pra fazer, faz assim nas primeiras semanas, né, não espera a criança ficar formadinha pra fazer isso...” (Iris)*

*“Olha, primeiro eu acho que se você não quer engravidar você previne...mas também se for pra colocar filho no mundo e que fique jogado, porque tem tanta gente que abandona filho e a criança não tem culpa nenhuma né...então é complicado, as vezes também a mulher não tem condições de sustentar, né, aí nesses casos, ou se ela foi estuprada e ficou grávida, né, imagina como ela se sente, né...(Rosa)*

*Eu acho que algumas ocasiões ela é obrigada, né, por estupro, né...eu não sou de acordo com aborto, mas de ser crime acho que não...tem pessoas que abortam por maldade, por querer fazer mesmo, mas... em questão a outros motivos, é uma opção de cada um...” (Margarida)*

*“Não sei explicar, né...aí depende da situação que a gente tá, né...ser crime acho que é ... as vezes a mulher não pode ter filho, é difícil...não sei...” (Luzia)*

*“Eu acho que a lei teria que ver os casos, né, da pessoa, porque ela quer aquilo e tal, não é ‘ah eu vou tirar, eu não quero...ah dá o remédio pra mim’, isso também não porque aí pode virar rotina, né, mas ao mesmo tempo você chamar ela de criminosa, não é assim né, porque ela tem os motivos dela as vezes...”(Tânia)*

LOUREIRO e VIEIRA (2004), em pesquisa realizada com médicos de serviços de emergência, constatou que a maioria dos profissionais entrevistados rejeita propostas de descriminalização do aborto, em

contraposição aos achados de FAUNDES et al (2007) que, comparando dois inquéritos, realizados em 2003 e 2005, com ginecologistas e obstetras, identificaram aumento na aceitação da ampliação dos permissivos legais para o aborto.

Outro aspecto importante, apontado por FAUNDES et al (2004), refere-se à mudança de posicionamento de ginecologistas e obstetras em relação ao aborto, à medida em que o problema os afeta diretamente. Os resultados do estudo demonstraram que os profissionais tendem a concordar com a prática do aborto quando a situação de gravidez indesejada atinge a própria mulher (médica) ou a parceira do profissional entrevistado.

Nesse sentido, estudo realizado por DUARTE et al (2010), com juízes e promotores de justiça, constatou que, o fato de os profissionais terem vivenciado o aborto, por ocasião de uma gravidez indesejada, associou-se a opinião favorável à realização do aborto nas diversas circunstâncias apresentadas. Da mesma forma, em inquérito realizado com mulheres, OSIS et al (1994) apontam que a experiência pessoal do abortamento influencia sobremaneira a opinião favorável das mulheres acerca da permissividade da realização de aborto pelos hospitais.

É pertinente observar, portanto, por meio das falas aqui expostas, que as opiniões das mulheres e dos profissionais entrevistados transcendem o simplismo do debate atual, restrito à polarização entre ser “contra” ou a “favor” do aborto. A complexidade do problema abarca questões de cunho social e político, exigindo a ponderação sobre os motivos que conduzem a

decisão pelo aborto, os riscos impostos pela criminalização e o respeito à dignidade e à autonomia das mulheres.

## **IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho evocou a reflexão sobre a experiência e percepções de mulheres que recorrem ao serviço de saúde com complicações decorrentes de aborto, bem como concepções e práticas de profissionais frente à situação de abortamento, confrontando-as com as recomendações da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde.

Cumpramos ressaltar o quão desafiadora é a abordagem dessa problemática e, por extensão, as limitações impostas ao estudo e seus resultados. Assim sendo, a identificação do tipo de aborto (espontâneo ou provocado) e a apreensão de mulheres e profissionais de saúde em relatarem suas experiências e emitirem opiniões sobre o tema no ambiente hospitalar, apresentaram-se como principais dificuldades na obtenção dos dados aqui discutidos.

Como vimos, a maioria das pacientes referiu abortamento espontâneo. Entretanto, dada a condição de ilegalidade e o medo de serem punidas, ressalta-se a possibilidade de omissão de informações por parte das mulheres entrevistadas.

Das nove pacientes, seis afirmaram que a gravidez não havia sido planejada e todas referiram conhecimento de algum método contraceptivo. É importante retomar tais informações, uma vez que nos remetem às deficiências nas ações educativas de planejamento familiar que, restritas ao simples repasse de informações técnicas, não concretizam um suporte adequado para que mulheres lidem com seu corpo a partir de seus valores, interesses e necessidades (VASCONCELOS, 2007).

A situação vivida por Luzia nos ajudou a compreender as dificuldades e riscos enfrentados por mulheres que optam pelo aborto. A clandestinidade, resultante da criminalização, impede a disseminação de informações adequadas sobre a gravidade das consequências dos métodos popularmente utilizados para a prática do abortamento e, por outro lado, retarda a busca da mulher por assistência para o tratamento de complicações.

Nesse sentido, vale ressaltar a recente iniciativa do Ministério da Saúde de, sob a perspectiva de redução de danos, estudar a adoção de medidas de orientação às mulheres decididas a fazerem aborto, informando-as sobre os riscos do procedimento e sobre os métodos de realizá-lo, estratégia já adotada no Uruguai desde 2004 (TORRES, 2008; NUBLAT, 2012).

Conforme já sinalizado, os transtornos físicos e emocionais ocasionados pelo abortamento podem ser intensificados quando os serviços de saúde oferecem atenção inadequada (VILLELLA et al, 2011). Ao serem questionadas acerca do atendimento recebido, em geral, as mulheres o avaliaram positivamente, a despeito de apontarem a carência de informações e a falta de diálogo com os profissionais como principais problemas no atendimento.

Enfatiza-se, entretanto, que, uma vez que as pacientes não contam com referências, dados e informações para avaliarem um atendimento de qualidade, as críticas ao serviço foram escassas. Sob essa questão, AQUINO et al (2012) ressalta que “o fato de ser atendida e, no caso do

aborto, ter seu problema de saúde resolvido pode resultar em maior satisfação, sem que isso represente a adequada aplicação das normas e a maior qualidade da atenção”.

O estudo evidenciou, ainda, que a condição de ilegalidade do aborto e o silêncio que envolve a prática comprometem o atendimento, impelindo profissionais ao julgamento velado, pautado em concepções morais e ideológicas, das mulheres admitidas no hospital com abortamento incompleto, seja espontâneo ou provocado.

Assim, observamos que não houve diferenciação no atendimento, independente do tipo de aborto. Considerando que os profissionais não se pautam em critérios técnicos para definir se o aborto foi espontâneo ou provocado, a “suspeita” de que a mulher tenha interrompido voluntariamente a gravidez permeia a assistência, podendo conduzir a atitudes discriminatórias, inclusive nos casos em que o aborto é espontâneo.

Constatou-se que a equipe de atendimento restringe-se aos profissionais de enfermagem e médicos. Os profissionais, em geral, não estão integrados com os aspectos éticos e jurídicos do aborto, sendo insuficientes seus conhecimentos acerca da legislação sobre o tema. Os discursos revelaram que a atuação dos profissionais é limitada a procedimentos técnicos, sendo relegados a dimensão subjetiva e aspectos emocionais vivenciados pelas pacientes em processo de abortamento.

Ademais, todos os profissionais entrevistados referiram desconhecimento da NTAHA. Se, por um lado, o documento, fruto da ação política do movimento feminista, representou um avanço no que tange à



atenção ao aborto, de outro, observa-se que o conjunto de ações previstas não está sendo executada. Não há suporte psicossocial às pacientes e a assistência não está pautada na perspectiva da integralidade, já que inexistem ações voltadas ao planejamento reprodutivo pós-abortamento e integração com outros serviços de saúde.

Por outro lado, é importante sinalizar que, na medida em que, historicamente, o corpo e a sexualidade da mulher torna-se objeto de controle do Estado e da medicina, a atenção à saúde da mulher reflete, em geral, a discriminação de gênero. Mesmo nas situações de parto, estudos têm revelado a má qualidade do atendimento (DINIZ, 2009; WOLFF e WALDOW, 2008). Pesquisa recente realizada pela Fundação Perseu Abramo (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010) demonstrou que uma em cada quatro mulheres sofreu algum tipo de negligência, maus-tratos ou violência institucional durante o parto.

Em geral, as falas dos profissionais aqui entrevistados apontam para a crítica à rotina institucional e sugerem mudanças na dinâmica do atendimento. Entretanto, evidenciaram-se a carência no contingente de profissionais e a ausência de iniciativas de capacitação dos profissionais que tivessem, como foco, a humanização da assistência, permeada pelas questões de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos.

Observamos que, em um cenário de ilegalidade, a humanização da atenção às mulheres em situação de abortamento torna-se um desafio para a saúde pública. A recorrente comparação que os profissionais estabelecem entre o Programa de Aborto Legal e o atendimento cotidiano das mulheres

com abortamento incompleto demonstra que a conquista de marcos legais, aliada ao comprometimento de profissionais e gestores com o tema, podem contribuir para a qualificação do atendimento.

Considerando a diversidade de opiniões acerca da questão do aborto e a ambiguidade dos discursos aqui apresentados, há que se considerar a necessidade de um amplo debate sobre o problema. É importante que se esclareçam à sociedade o significado da descriminalização e legalização da prática, com base em estudos sobre a magnitude da prática no país e em realidades concretas vivenciadas por mulheres.

Destacamos, ainda, que a mudança na lei que criminaliza o aborto beneficiaria, sobretudo, as mulheres mais pobres, negras, com baixa escolaridade e pouco acesso aos serviços de saúde (GALLI e VIANA, 2010), comprovadamente mais expostas aos riscos do abortamento inseguro.

Por fim, vislumbramos a urgente e necessária transformação da realidade aqui apresentada, com a clareza de que o processo de mudança será atingível, sobretudo, com a organização e luta do movimento feminista e de segmentos historicamente comprometidos com os direitos das mulheres. É sob a perspectiva do respeito à autonomia da mulher em decidir sobre o próprio corpo e sobre sua sexualidade que esperamos, por meio dos resultados do presente estudo, termos contribuído com o debate sobre o tema.

## V. REFERÊNCIAS

AADS/Ipas Brasil. Organizações sociais respondem à criação da CPI do aborto. [internet]. [Rio de Janeiro];2008 [acesso em 22 set 2010]. Disponível em <http://www.ipas.org.br/noticias2008.html#CPI>.

AADS/Ipas Brasil. Dossiê sobre a realidade do aborto inseguro na Bahia: ilegalidade na prática e seus efeitos na saúde das mulheres em Salvador e Feira de Santana [internet]. [s.l.] ; 2009a [acesso em 04 set 2010]. Disponível em [http://www.ipas.org.br/arquivos/dados/BA\\_dossie.pdf](http://www.ipas.org.br/arquivos/dados/BA_dossie.pdf).

AADS/Ipas Brasil. Dossiê sobre a realidade do aborto inseguro em Pernambuco: o impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e nos serviços de saúde de Recife e Petrolina [internet]. [s.l.]; 2009b [acesso em 04.set.2010]. Disponível em: [http://www.ipas.org.br/arquivos/dados/PE\\_dossie.pdf](http://www.ipas.org.br/arquivos/dados/PE_dossie.pdf).

AADS/Ipas Brasil. Dossiê sobre a realidade do aborto inseguro na Paraíba: o impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e nos serviços de saúde de João Pessoa e Campina Grande [internet]. Recife; 2010a [acesso em 06 set 2010]. Disponível em <http://www.ipas.org.br/arquivos/dossiePB22.pdf>.

AADS/Ipas Brasil. A realidade do aborto inseguro: o impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e nos serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro [internet]. Recife; 2010b [acesso em 06 set 2010]. Disponível em <http://www.ipas.org.br/arquivos/dossieRJ22.pdf>.

AADS/Ipas Brasil. Dossiê sobre aborto inseguro para *advocacy*: o impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e na qualidade de atenção à saúde reprodutiva em Campo Grande e Corumbá, Mato Grosso do Sul [internet]. Recife; 2010c [acesso em 06 set 2010]. Disponível em <http://www.ipas.org.br/arquivos/dossieMS.pdf>.

AADS/Ipas Brasil. Cartas Abertas, Notas Públicas, Manifestos e Petições no 2º turno das eleições presidenciais 2010 [internet]. [Rio de Janeiro]; 2010d [acesso em 30 out 2010]. Disponível em <http://www.ipas.org.br/revista/informe1010.html>.

AGI - Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino: Uma realidade Latino Americana. Nova York: AGI; 1994.

Amaral FP. A situação do aborto inseguro na América Latina com ênfase no Brasil: uma afirmação de direitos humanos. Rev Ártemis [periódico na internet]. 2008 [acesso em 12 set 2010]; 08: 118-131. Disponível em: [http://www.prodema.ufpb.br/revistaartemis/numero8/artigos/artigo\\_10.pdf](http://www.prodema.ufpb.br/revistaartemis/numero8/artigos/artigo_10.pdf).

Anis. Anencefalia: o pensamento brasileiro em sua pluralidade. Brasília: LetrasLivres; 2004.

Arilha M. Misoprostol: a situação no Brasil e os caminhos para o aborto medicamentoso. 2012 [acesso em 03 jul 2012] . Disponível em : <http://www.ccr.org.br/editorial-detalhe.asp?cod=33>.

Aquino EML, Menezes G, Araújo TVB, Alves MT, Ales SV, Almeida MCC, Schiavo E, Lima LP, Menezes CAS, Marinho L, Campbell O. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Cienc Saude Colet* [periódico na internet] 2012 mai. [acesso em 22 mai 2012]. Disponível em [http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/lista\\_artigos.php](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/lista_artigos.php).

Barbosa RM, Arilha M. A experiência brasileira com o Cytotec. *Rev Estudos Feministas* [periódico na internet].1993 [acesso em 15 set 2010]; 02: p. 408-17. Disponível em: <http://www.ieg.ufsc.br/admin/downloads/artigos/08112009-054459barbosaarilha.pdf>.

Barsted LL. Novas Legalidades e novos sujeitos de direitos. In: Ávila MB, Portella AP, Ferreira V organizadoras. *Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p.29-38.

Barsted LL. O movimento de mulheres e o debate sobre o aborto. In: Rocha MIB, Barbosa RM, organizadoras. *Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos*. Campinas: NEPO-UNICAMP; 2009, p.228-56.

Behring ER, Boschetti I. *Política Social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez; 2006.

Benute GRG, Nomura RMY, Pereira PP, Lucia MCS, Zugaib M. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Rev Assoc Med Bras* 2009; 55(3): 322-7.

Benute GRG, Nonnenmacher D, Nomura RMY, Lucia MCS de, Zugaib M. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(2):69-73.

Bertolani GGBM, Oliveira EM de. Mulheres em situação de abortamento; estudo de caso. *Saúde Soc*. 2010; 19(2): 286-301.

Bispo CDB, Souza VLC. Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento. Ver Baiana Enfermagem. 2007; 21(1): 19-30.

Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2006 (Série Documentos) [acesso em 23 ago 2010]. Disponível em: [http:// 200.130.7.5/spmu/BV/pdf/inst\\_int.pdf](http://200.130.7.5/spmu/BV/pdf/inst_int.pdf).

Campbell U. Telemarketing de Serra insiste que Dilma é a favor do aborto. Correio Braziliense, 2010 out 15 [acesso em 31 out 2010]. Disponível em [http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia182/2010/10/15/noticia\\_eleicoes2010,i=218166/TELEMARKETING+DE+SERRA+INSISTE+QUE+DILMA+E+A+FAVOR+DO+ABORTO.shtml](http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia182/2010/10/15/noticia_eleicoes2010,i=218166/TELEMARKETING+DE+SERRA+INSISTE+QUE+DILMA+E+A+FAVOR+DO+ABORTO.shtml).

Campos A. Crime ou Castigo? Da perseguição contra as mulheres até a despenalização do aborto. Coimbra: Almedina; 2007.

Cantanhêde E, Iglesias S. Governo recua em plano de direitos humanos. Folha de S. Paulo, 2010 mai. 14; Caderno Brasil: 10.

Carvalho MLO, Pirotta KCM, Schor N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. Rev Saúde Pública 2001;35(1):23-31.

Carvalho SM. Mulheres jovens e o processo do aborto clandestino: uma abordagem sociológica [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.

Carvalho ML de O, Cestari MEW, Duarte CC. Gestações não planejadas e contracepção: estudo sobre pacientes internadas por abortamento em hospital universitário. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 7-Aborto: Conquistas e Desafios [periódico na internet]. 2007 [acesso 20 mai 2010]. Disponível em: [http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/D/Duarte-Cestari-Carvalho-Maciel\\_11.pdf](http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/D/Duarte-Cestari-Carvalho-Maciel_11.pdf).

Castro MG. Controle de Natalidade, Legalização do aborto e Feminismo. Encontros com a Civilização Brasileira. 1980;(26):223-31.

Católicas pelo Direito de Decidir. Carta Denúncia sobre perseguição e tentativa de criminalização por defender a autonomia e os direitos das mulheres [internet]. São Paulo; 2008 [acesso em 13 ago 2010]. Disponível em <http://catolicasonline.org.br/ExibicaoNoticia.aspx?cod=345>.

CEBES-Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. Aborto: Uma questão em debate (Nota oficial). 1980; (26): 232-34.

Center for Reproductive Rights. The World's Abortion Laws 2007 Map [mapas na internet]. New York; 2007 [acesso em 15 set 2010]. Disponível em: [http://reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/Abortion%20Map\\_FA.pdf](http://reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/Abortion%20Map_FA.pdf) .

Center for Reproductive Rights. World Abortion Laws 2009 [internet]. New York; 2009 [acesso em 15. set 2010]. Disponível em: <http://reproductiverights.org/en/document/world-abortion-laws-2009-fact-sheet>.

Chauí M. Mãe, Mulher ou pessoa: discutindo o aborto. Lua Nova: Rev Cultura e Política. 1984; 1 (1) : 35-40.

Chauí M. Convite à filosofia. 11. ed. São Paulo: Ática;1999.

Chaves JHB, Oliveira EM de, Bezerra AFS, Camano L, Sun SY , Mattar R. O abortamento incompleto (provocado e espontâneo) em pacientes atendidas em maternidade do Sistema Único de Saúde. Rev Bras Clin Med. 2011;9(3):189-94.

Chizzotti A. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. 3. ed. Petrópolis: Vozes; 2010.

CNBB reconhece erro ao posicionar-se contra Dilma. Correio Braziliense, 2010 out 18 [acesso em 20 out 2010]. Disponível em: [http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia182/2010/10/18/noticia\\_eleicoes2010,i=218534/CNBB+RECONHECE+ERRO+AO+POSICIONAR+SE+CONTRA+DILMA.shtml](http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia182/2010/10/18/noticia_eleicoes2010,i=218534/CNBB+RECONHECE+ERRO+AO+POSICIONAR+SE+CONTRA+DILMA.shtml).

Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [lei na internet]. [acesso em 12 out 2010]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>.

Costa S, Wesley, MP. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. Lancet. 1993; 341:1. 258-61.

Costa SH. Aborto Provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 163-84.

Costa M C C. Abortamento espontâneo e provocado: comparação entre dados epidemiológicos e complicações [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina de São Paulo: 2000.

Creinin MD, Vittinghoff E. Mefloquine and misoprostol vs misoprostol alone for early abortion: a randomised controlled trial. JAMA 1994; 272:1190-5.

Deslandes SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. Comunic, Saúde, Educ. 2005; 9(17): 389-406.

Diaz J, Diaz M. Contracepção na adolescência. Cad Juv Saúde Desenvol 1999; 1 : 249-57.

Diniz NMF, Lopes RLM, Arrazola LSD, Gesteira SMA, Alves SLB. Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiências de mulheres. Rev Bras Enferm, Brasília. 2004; 57(3):354-6.

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc & saúde Coletiva. 2005; 10(3): 627-637.

Diniz D, Velez ACG. Aborto na Suprema Corte: o caso da anencefalia no Brasil. Rev Estudos Feministas. 2008;16(2):647-52.

Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. Rev Ciência & Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2010 [acesso em 26 mai 2010].Disponível em [http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=5593](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=5593).

Diniz D, Castro R. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(1):94-102.

Domingues RB. Entre normas e fatos, o direito de decidir: o debate sobre o aborto à luz dos princípios constitucionais. In: Maia MB, organizadora. Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. p. 67-104.

Duarte GA, Alvarenga AT de, Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH. Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. Cad Saúde Pública. 2003; 19 (1): 207-216.

Duarte GA, Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH. Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. Rev Saúde Pública. 2010. 44(3):2-15.



Falcão M. Em mensagem, Dilma não diz que irá vetar projetos sobre aborto. Folha de São Paulo. 2010 out. 15 [acesso em 20 out 2010]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/poder/815219-em-mensagem-dilma-nao-diz-que-ira-vetar-projetos-sobre-aborto.shtml>.

Faúndes A. Atendimento Integral às mulheres vítima de violência sexual. Seis anos de deliberações. Síntese dos relatórios dos Fóruns I a VI. [internet]. CEMICAMP, 2002. [acesso em 11 set 2012]. Disponível em [http://www.aads.org.br/wp/?page\\_id=1110](http://www.aads.org.br/wp/?page_id=1110).

Faúndes A, Barzelatto J. O drama do aborto: em busca de um consenso. Campinas: Komedi; 2004.

Faúndes A, Duarte GA, Neto JA, Olivatto AE, Simonetti RM. Conhecimento, Opinião e Conduta de Ginecologistas e Obstetras Brasileiros sobre o Aborto Induzido. *Rev Bras Ginec Obst.*2004; 26 ( 2 ) : 89-96.

Faúndes A, Duarte GA, Andalaft Neto J, Sousa MH. The closer you are the better you understand. The reaction of Brazilian obstetrician-gynaecologists to unwanted pregnancy. *Reprod Health Matters.* 2004;12(24 Suppl): 45-56.

Faúndes A, Duarte GA, Osis MJD, Andalaft Neto J. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29(4):192-9.

Faúndes A, Osis MJD, Duarte GA, Pádua KS. O médico ginecologista e obstetra frente ao aborto. In: Rocha MIB, Barbosa RM, organizadoras. *Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos.* Campinas: NEPO-UNICAMP; 2009. p.258-66.

Faúndes A. O uso do misoprostol no Brasil. In: Arilha M, Lapa TS, Pisanechi TC, organizadoras. *Aborto medicamentoso no Brasil.* São Paulo: CCR; 2010. p. 9-22.

FEBRASGO - Federação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia . Relatório do Simpósio “O papel do misoprostol na prevenção da mortalidade e morbidade materna e neonatal” [internet]. São Paulo; 2008 [acesso em 12 set 2010]. Disponível em <http://www.febrasgo.org.br/extras/downloads/artigos/relatorioSimposioMisoprostol.pdf>.

Feministas criticam campanha da candidata. Folha de São Paulo, 2010 out 24; Caderno Poder:22.

Ferreira V. Da mulher como objeto às mulheres como sujeito: a trajetória da crítica feminista às políticas de saúde no Brasil [dissertação de mestrado na internet]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2006 [acesso em 01 nov 2010]. Disponível em: [www.politicasuece.com/v6/.../download.php?VERONICA%20FERREIRA](http://www.politicasuece.com/v6/.../download.php?VERONICA%20FERREIRA).

Fonseca W, Misago C, Freitas P, Santos E, Fernandes L, Correia L. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 1998 14(2):279-286.

Freire A. Cabral defende aborto contra violência no Rio de Janeiro. G1, 2007 out 24 [acesso em 30 out 2010]. Disponível em <http://g1.globo.com/Noticias/Politica/0,,MUL155710-5601,00->.

Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto. Plataforma para legalização do Aborto no Brasil [internet]. [s.l.];2010 [acesso em 04 out 2010]. Disponível em: <http://www.soscorpo.org.br/Adm/userfiles/PlataformaABORTO.pdf>.

Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. 2010 [acesso em 12 set 2011]. Disponível em [www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf](http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf).

Fusco CLB, Andreoni S, Silva, RS. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza- Favela Inajar de Souza, São Paulo. Rev Brasileira Epidemiologia. 2008; 11(1): 78-88.

Galli, B. Aborto e Direitos Humanos: o impacto da criminalização do aborto na vida das mulheres. Rev de Saúde Sexual e Reprodutiva [periódico na internet] 2007 maio [acesso em 20 abr 2010]. Disponível em [http://www.ipas.org.br/arquivos/Aborto\\_e\\_DH\\_BG07.doc](http://www.ipas.org.br/arquivos/Aborto_e_DH_BG07.doc).

Galli B. O estatuto do Nascituro e as suas implicações para os direitos reprodutivos e o acesso das mulheres à saúde. Rev de Saúde Sexual e Reprodutiva [periódico na internet]. 2010 jul [acesso em 09 set 2010]. Disponível em <http://www.ipas.org.br/revista/ju10.html>.

Galli B, Viana APAL. O impacto da ilegalidade do aborto na saúde das mulheres e nos serviços de saúde em cinco estados brasileiros: subsídios para o debate político. In Seminário Internacional Fazendo Gênero 9-

Diásporas, Diversidades, Deslocamentos [periódico na internet]. 2010 [acesso 20 jan 2012]. Disponível em [http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278297541\\_ARQUIVO\\_OimpactodailegalidadedoabortoBrasilFG10FINAL.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278297541_ARQUIVO_OimpactodailegalidadedoabortoBrasilFG10FINAL.pdf)

Gesteira SM dos A, Diniz NMF, Oliveira EM de. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 18 jul. 2009];21(03):449-53. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_11.pdf).

Guillaume A, Lerner S. El aborto em América Latina y El Caribe. In: Rocha MIB, Barbosa RM, organizadoras. *Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos*. Campinas: NEPO-UNICAMP; 2009. p.269-79.

Hardy E, Rebello I. La discusión sobre el aborto provocado en El Congreso Nacional Brasileño: el papel del movimiento de mujeres. *Cad Saúde Pública*. 1996;12(2):259-66.

Henshaw SK, Singh S, Haas T. The incidence of abortion worldwide. *Int Fam Plann Perspect*. 1999;25 (Supl.): 30-8.

Hoga LAK, Manganiello A. Atitudes masculinas diante da gravidez não planejada: histórias orais de homens de uma comunidade brasileira de baixa renda. *SBPN Sci J* 2003; 7: 86-8.

IPPF- International Planned Parenthood Federation. *Morte e Negação: Abortamento Inseguro e Pobreza*. Chicago; 2006.

Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad em America Latina y El Caribe. *Rev. Panam Salud Publica*. 2002;11(3):192-204.

Lima BGC. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais. *Rev. Panam Salud Publica*. 2000;7(3):168-72.

Loureiro DC, Vieira EM. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(3):679-688.

Löwy, M. *Ideologias e Ciência Social: elementos para uma análise marxista*. 14.ed. São Paulo: Cortez; 2000.

Lucena RCB. Características de mulheres internadas por aborto em uma maternidade pública em Recife-PE: dimensão do problema e sua relação com a prática contraceptiva [dissertação de mestrado na internet]. Recife: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva-NESC/CpqAM/FIOCRUZ/MS; 2004 [acesso em 12 ago 2010]. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2000lucena-rcb.pdf>.

Lucena GA, Gomes MCLU, Rêgo RVDM. Considerações éticas sobre o aborto e a doação de órgãos de fetos anencéfalos. *Rev Bioética*. 2009; 17(3):391-405.

Lula envia carta à CNBB carta de agradecimento por apoio da Igreja Católica. *Correio Braziliense*, 2010 mai 04 [acesso em 12 out 2010]. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia182/2010/05/04/politica,i=190502/LULA+ENVIA+A+CNBB+CARTA+DE+AGRADECIMENTO+POR+APOIO+DA+IGREJA+CATOLICA.shtml>

Machado U. Aumenta a rejeição ao aborto no Brasil após tema ganhar espaço na eleição. *Folha de São Paulo*, 2010 out 10 [acesso em 13 nov 2010]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/poder/812927-aumenta-a-rejeicao-ao-aborto-no-brasil-apos-tema-ganhar-espaco-na-eleicao.shtml>.

Maioria dos projetos que tramita sobre aborto e união de gays é do PT. *Folha de São Paulo*, 2010 out 24; *Caderno Poder*: 22.

Martins IR, Costa SH, Freitas SRS, Pinto CS. Aborto Induzido em mulheres de baixa renda- dimensão de um problema. *Cadernos de Saúde Pública*. 1991; 7(2) : 251-266.

Martins AL, Mendonça LC. Dossiê Aborto - Mortes Preveníveis e Evitáveis. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde; 2005.

Matos MC de. *A Criminalização do aborto em questão*. São Paulo: Almedina; 2010.

McCallum CA, Reis AP, Menezes GMS. O atendimento ao aborto em uma unidade pública de saúde: as perspectivas de jovens usuárias e profissionais de saúde. In: *Seminário Internacional Fazendo Gênero 7 [CD-ROM]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/Universidade Estadual de Santa Catarina; 2006.

Mello K. A questão do aborto influenciará seu voto? *Revista Época*, 2010 out 06 [acesso em 31 out 2010]. Disponível em: <http://colunas.epoca.globo.com/mulher7por7/tag/aborto/>.

Melo JV. A construção de opinião no debate sobre o aborto. In: Ávila MB, Portella AP, Ferreira V, organizadoras. Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p.221-31.

Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. Cad Saúde Pública. 2009; 25 (Supl 2):193-204.

Ministério da Saúde. Norma técnica sobre prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Ministério da Saúde. Norma técnica: prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e saúde da criança e da mulher. PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília : Ministério da Saúde; 2009.

Monteiro MFG, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva [periódico na internet]. 2006 nov [acesso em 16 nov 2009]. Disponível em <http://www.ipas.org.br/arquivos/ml2006.pdf>.

Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. Rev Ciência & Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2005 [acesso em 21 mai 2010];10(3):651-657. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>.

Nassif MI. Uma eleição para não ser esquecida. Valor Econômico, 2010 out 28 [acesso em 31 out 2010]. Disponível em: <http://www.valoronline.com.br/impreso/politica/100/328869/uma-eleicao-para-nao-ser-esquecida>.

Nery IS, Monteiro CFS, Luz MHBA, Crisóstomo CD. Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. R Enferm UERJ. 2006; 14(1): 67-73.

Nomura RMY, Benute GRG, Azevedo GD, Dutra SEM, Borsari CGB, Rebouças MSS, Lucia MCS, Zugaib M. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras. Ver Assoc Med Bras. 2011; 57 (6):644-650.

No rádio, Dilma compara governos e Serra compara biografias. Istoé, 2010 out 08 [acesso 15 out 2010]. Disponível em [http://www.istoe.com.br/reportagens/paginar/105226\\_NO+RADIO+DILMA+COMPARA+GOVERNOS+E+SERRA+COMPARA+BIOGRAFIAS/2](http://www.istoe.com.br/reportagens/paginar/105226_NO+RADIO+DILMA+COMPARA+GOVERNOS+E+SERRA+COMPARA+BIOGRAFIAS/2).

Nublat J. Feministas dão aval à recuo de Dilma sobre aborto. Folha de São Paulo, 2010 out 28 [acesso em 31 out 2010]. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/poder/821577-feministas-dao-aval-a-recuo-de-dilma-sobre-aborto.shtml>.

Nublat J. Pró-aborto, ministra diz que 'não interessa' a sua posição pessoal. Folha de São Paulo, 2012 fev 08; Caderno Poder: 4.

Nublat J. Governo estuda adotar medidas de redução de danos para aborto ilegal. Folha de São Paulo, 2012 jun 06 [acesso 07 jun 2012]. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1100945-governo-estuda-adotar-medidas-de-reducao-de-danos-para-aborto-ilegal.shtml>

Oliveira EM, Francischinelli JD, Gonçalves LH. Violência contra a mulher e aborto legal. In: Rocha MIB, Barbosa RM, organizadoras. Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. Campinas: NEPO-UNICAMP; 2009. p.156-65.

OMS- Organização Mundial da Saúde. Abortamento Seguro : Orientação Técnica e de Políticas para os sistemas de saúde, Nova Iorque : WHO; 2004.

Osís MJD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad Saúde Pública. 1998; 14(Supl I):25-32.

Osis MJD, Hardy E, Faúndes A, Alves G, Balarezo G. Opinião das Mulheres sobre as Circunstâncias em que os Hospitais Deveriam Fazer Abortos. *Cad. Saúde Públ.* 2004; 10 (3): 320-330.

Pagani LPF. O retrato do aborto no Brasil sob o enfoque da saúde pública. [acesso em 12 out 2011] . Disponível em <http://portal.cjf.jus.br/cjf/banco-de-conteudos-1/o-retrato-do-aborto-no-brasil-sob-o-enfoque-da>

Para Vaticano, lei a favor do aborto na Espanha é insensata. Folha de São Paulo, 2010 jul 28 [acesso em 13 nov 2010]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/mundo/773896-para-vaticano-lei-a-favor-do-aborto-na-espanha-e-insensata.shtml>.

Pazello M. Internet, restrição de informações e acesso ao misoprostol. In: Arilha M, Lapa TS, Pisanечи TC, organizadoras. Aborto medicamentoso no Brasil. São Paulo: CCR; 2010. p. 81-119.

Pereira PP, Oliveira ALML, Cabar FR, Armelin AR, Maganha CA, Zugaib M. Tratamento do abortamento incompleto por aspiração manual ou curetagem. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(5): 304-7.

Peres SO, Heilborn ML. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. *Cad. Saúde Pública*,. 2006; 22(7):1411-1420.

PSDB explora debate sobre aborto para atrair religiosos. *Jornal do Brasil*, 2010 out 08 [acesso em 02 nov 2010]. Disponível em: <http://www.jb.com.br/eleicoes-2010/noticias/2010/10/08/psdb-explora-debate-sobre-aborto-para-atrair-religiosos/> .

Ramos S, Romero M, Feijó JA. Aborto induzido na Argentina: um contexto cambiante. In: Rocha MIB, Barbosa RM, organizadoras. Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. Campinas: NEPO-UNICAMP; 2009. p.15-51.

Resende J. *Obstetrícia*. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1995.

Rocha MIB; Andalaft Neto JA. A questão do aborto: aspectos clínicos, legislativos e políticos. In: Berquó E, organizadora. *Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: UNICAMP; 2003. p. 257-303.

Rocha MIB. A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. *Rev Bras Estudos de População*. 2006; 23(2): 369-74.

Rocha MIB. Breve panorama sobre a questão do aborto no legislativo brasileiro. In: Rocha MIB, Barbosa RM, organizadoras. Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. Campinas: NEPO-UNICAMP; 2009. p.167-74.

Rocha, M. Em alusão à Dilma, Serra diz nunca ter sido favorável ao aborto. *Jornal do Brasil*, 2010 out 06 [acesso em 21 out 2010]. Disponível em <http://www.jb.com.br/eleicoes-2010/noticias/2010/10/06/em-alusao-a-dilma-serra-diz-nunca-ter-sido-favoravel-ao-aborto/>.

Rosado-Nunes MJ, Jurkewicz RS. Aborto: um tema em discussão na Igreja Católica. In: Pereira IG et al. Aborto legal: implicações éticas e religiosas. São Paulo: Publicações CDD; 2002. p. 17-70.

Rosas GS. Legalização do aborto no Chile: uma tarefa pendente. In: Rocha MIB, Barbosa RM, organizadoras. Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. Campinas: NEPO-UNICAMP; 2009. p.53-68.

Salomon R. Contra o aborto, bancada evangélica cresce 47%. *O Estado de São Paulo*, 2010 out 07 [acesso em 20 out 2010]. Disponível em <http://www.estadao.com.br/noticias/nacional,contra-o-aborto-bancada-evangelica-cresce-47,622029,0.htm>.

Sant'Anna MJC, Coates V. Gravidez na adolescência: um novo olhar. In: Manual de atenção à saúde do adolescente. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006. p.153-158.

Santiago RC. Saúde da mulher e aborto. In: Maia MB, organizadora. Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto. Belo Horizonte: Autêntica; 2008. p. 29-41.

Santos EKA, Reffati SG. Planejamento reprodutivo pós abortamento: conhecimento de médicos (as) residentes de uma maternidade-escola de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. In: Anais da 58ª Reunião Anual da SBPC. Florianópolis;2006. [acesso em 22 jan 2012]. Disponível em [http://www.sbpcnet.org.br/livro/58ra/SENIOR/RESUMOS/resumo\\_685.html](http://www.sbpcnet.org.br/livro/58ra/SENIOR/RESUMOS/resumo_685.html)

Schor N. Aborto e Mortalidade Materna. In: Anais do Simpósio Franco-Brasileiro sobre Prevenção da Mortalidade Materna com Ênfase na Gravidez na Adolescência. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Saúde Materno-Infantil; 1992. p.101-7.



Schor N, Alvarenga, AT. Aborto: Um resgate histórico e outros dados. Rev Bras Crescimento e Desenvolvimento Humano. 1994;04(2):12-7.

Singh S, Wulf D. Estimated Levels of Induced abortion in six latin American Countries. Int Fam Plann Perspect.1994;20:4-13.

Schwartzman H. Papa pede ação no Brasil contra o aborto. Folha de São Paulo, 2010 out. 29; Caderno Especial eleições: 01.

Silva RS, Carneiro MCMO, Drezett J, Andreoni S. Prevalência e características de mulheres com aborto entre mulheres com histórico de gestação. Journal of Human Growth and Development. 2012; 22(1): 1-7.

Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, Sedgh G. Abortion worldwide: a decade of uneven progress. New York: Alan Guttmacher Institute; 2009.

Skalinski LM, Praxedes WLA. A abordagem marxista aplicada aos métodos de investigação em saúde. Acta Scientiarum. Human and Social Sciences [periódico na internet]. 2003 [acesso em 12 jun 2010]; 25(2):305-16. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/viewFile/2185/1364>.

Soares GS. Profissionais de saúde frente ao aborto legalno Brasil: desafios, conflitos e significados. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(Sup. 2): S399-S406.

Sorrentino SR, Lebrão ML. Os abortos no atendimento hospitalar no Estado de São Paulo,1995. Rev. Bras. Epidemiol. 1998; 1(3) : 256-67.

Soto C. Panorama da situação dos debates e dos estudos sobre o aborto no Paraguai. In: Rocha MIB, Barbosa RM, organizadoras. Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. Campinas: NEPO-UNICAMP; 2009. p. 70-89.

Souza KV, Almeida MRCB, Soares VMN. Perfil da mortalidade materna por aborto no Paraná: 2003-2005. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008; 12 (4): 741-49.

Souza ZCSN, Diniz NMF, Couto TM, Gesteira SMA. Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade. Acta Paul Enferm. 2010; 23 (6): 732-6.

Talib RA. Um (Im) Possível Diálogo Entre a Moral da Igreja Católica Apostólica Romana e a Posição Ética dos Profissionais que Atuam nos Serviços de Aborto Legal. In Seminário Internacional Fazendo Gênero 7-

Aborto: Conquistas e Desafios [periódico na internet]. 2007 [acesso 20 out 2010]. Disponível em [http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/R/Rosangela\\_Aparecida\\_Talib\\_24\\_B.pdf](http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/R/Rosangela_Aparecida_Talib_24_B.pdf).

Toledo K. Curetagem após aborto é a cirurgia mais realizada no SUS, revela estudo. O Estado de São Paulo, 2010 jul 14 [acesso 16 jan 2011]. Disponível em <http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,curetagem-apos-aborto-e-a-cirurgia-mais-realizada-no-sus-revela-estudo,580854,0.htm>

Torres JHR. Aborto Inseguro; é necessário reduzir riscos. Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva [periódico na internet]. jul 2008 [acesso 20 mai 2010]. Disponível em [http://www.aads.org.br/arquivos/Torres\\_2008.pdf](http://www.aads.org.br/arquivos/Torres_2008.pdf)

Triviños, NA. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. Atlas; 1987.

Vasconcelos AM de. A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 5. Ed. São Paulo:Cortez, 2007.

Vilella W, Oliveira EM, Silva RC. Aborto e Saúde Mental. In: Maia MB, organizadora. Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto. Belo Horizonte: Autêntica; 2008. p. 43-66.

Vilella W, Barbosa RM. Aborto, Saúde e Cidadania. São Paulo:Unesp, 2011.

WHO - World Health Organization. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for Midwives and doctors, Geneva:WHO;2003.

WHO - World Health Organization. Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. 5. ed. Geneva:WHO;2007.

WHO - World Health Organization. Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Geneva:WHO;2011.

WHO - World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva:WHO;2012.

WOLFF LR, WALDOW VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde Soc. 2008 17 (3) :138-51.

## **ANEXOS**

## **Anexo 1**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** **Profissionais**

**Título do Projeto:** Atenção à saúde da mulher em situação de abortamento provocado.

Pesquisadora Responsável: Elaine Lopes de Aquino – Assistente Social (CRESS 37376), mestranda da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Néia Schor, titular do Departamento de Saúde Materno- Infantil.

O objetivo deste projeto é estudar a atenção à saúde da mulher em situação de abortamento, considerando a proposta de humanização do atendimento preconizada pelo Ministério da Saúde e a condição de ilegalidade do aborto.

Para alcançar o objetivo proposto, serão realizadas entrevistas abertas sobre o tema em questão, com aproximadamente uma hora de duração, com os profissionais de saúde envolvidos no atendimento às mulheres que chegam neste hospital com complicações decorrentes de abortamento. As entrevistas serão gravadas em áudio para posterior transcrição e análise.

O seu nome jamais aparecerá quando forem apresentados os resultados da pesquisa. Isso significa que quem tiver acesso aos questionários não saberá quem foram as pessoas entrevistadas.

O (a) Sr (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não causará qualquer penalidade.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Qualquer dúvida, o (a) Sr (a) também pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e/ou o Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Se estiver de acordo em participar, o (a) Sr (a) deverá assinar a Declaração de Consentimento que segue e receberá uma cópia da mesma.

#### **Declaração de Consentimento**

Declaro que concordo em participar voluntariamente da pesquisa. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Categoria Profissional: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, Elaine Lopes de Aquino, declaro que forneci todas as informações referente ao projeto ao participante.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Telefones e Endereços:**

**Pesquisadora:** Elaine Lopes de Aquino. Av. Dr. Arnaldo, 715 - 2 ° andar – Cerqueira César. São Paulo. Fone: 3061-7703. Email: [lanelan@usp.br](mailto:lanelan@usp.br)

**Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP:** Av. Dr. Arnaldo, 715 - Térreo – Cerqueira César. São Paulo. Fone: 3061-7779/7742. Email: [coep@fsp.usp.br](mailto:coep@fsp.usp.br)

**Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo:** R. General Jardim, 36-2º andar- Fone: 3218-4043. Email: [smscep@prefeitura.sp.gov.br](mailto:smscep@prefeitura.sp.gov.br)

### **TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR**

**Título do Projeto:** Atenção à saúde da mulher em situação de abortamento

**Pesquisadora Responsável:** Elaine Lopes de Aquino – Assistente Social (CRESS 37376), mestranda da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Néia Schor, titular do Departamento de Saúde Materno- Infantil.

O objetivo deste projeto é estudar a atenção à saúde da mulher em situação de abortamento, considerando a proposta de humanização do atendimento preconizada pelo Ministério da Saúde.

Para alcançar o objetivo proposto, serão realizadas entrevistas abertas sobre o tema em questão, com aproximadamente uma hora de duração, com as mulheres atendidas neste hospital por complicações decorrentes de aborto.

As entrevistas serão gravadas em áudio para posterior transcrição e análise.

O seu nome jamais aparecerá quando forem apresentados os resultados da pesquisa. Isso significa que quem tiver acesso aos questionários não saberá quem foram as pessoas entrevistadas.

A Sra. será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não causará qualquer penalidade.

A participação no estudo não lhe acarretará custos e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Qualquer dúvida, a Sra. também pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e/ou o Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Eu, Elaine Lopes de Aquino, declaro que forneci todas as informações referente ao projeto à participante.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Telefones e Endereços:**

**Pesquisadora:** Elaine Lopes de Aquino. Av. Dr. Arnaldo, 715 - 2<sup>o</sup> andar – Cerqueira César. São Paulo. Fone: 3061-7703. Email: lanelan@usp.br

**Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP:** Av. Dr. Arnaldo, 715 - Térreo – Cerqueira César. São Paulo. Fone: 3061-7779/7742. Email: coep@fsp.usp.br

**Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo:** R. General Jardim, 36-2<sup>o</sup> andar- Fone: 3218-4043. Email: smscep@prefeitura.sp.gov.br

## Anexo 2

### ROTEIRO DE ENTREVISTA (Profissionais)

#### 1. Perfil Profissional

Categoria Profissional/ Formação profissional

Idade/ Cor

Sexo ( )F ( )M

Religião: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo atua neste hospital: \_\_\_\_\_

Possui vínculo com algum outro serviço público de saúde

#### 2. Sobre o atendimento à saúde da mulher em situação de abortamento e a questão do aborto

Conhecimentos sobre as circunstâncias em que o aborto é permitido por lei

Como chegam as mulheres em situação de abortamento (condições físicas e emocionais, se revelam a prática de aborto, etc)

Qual o procedimento da equipe neste atendimento (acolhimento, orientação, informação, profissionais envolvidos, atenção clínica, orientação e oferta de contraceptivos, etc.)

Percepções e opiniões sobre o atendimento

Conhecimentos sobre a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento

Se já houve algum tipo de capacitação para a equipe, no sentido da humanização do atendimento às mulheres que abortam

Opinião sobre a legislação atual sobre o aborto (se concorda com a legislação que criminaliza o aborto / se acha que deveria ser permitido os hospitais realizarem o aborto quando a mulher assim o desejasse)



## **ROTEIRO DE ENTREVISTA (Mulheres)**

### **1. Perfil Socioeconômico**

Idade/Cor  
Situação Conjugal  
Nível de escolaridade  
Ocupação/Renda  
Religião

### **2. História Reprodutiva**

Nº Gestações/ Abortos

Conhecimentos e utilização de métodos contraceptivos

Assistência à saúde (acesso aos serviços de saúde, se já lhe foram ofertados métodos contraceptivos, etc.)

Sobre a experiência da gravidez e o aborto ( aspectos físicos, emocionais, participação masculina, se o aborto foi provocado ou espontâneo, etc.)

### **3. Sobre a chegada no hospital e a atenção recebida**

Como foi o percurso até a chegada ao hospital (como veio, se estava acompanhada, etc.)

Descrição do atendimento recebido (tempo de espera, orientações, privacidade, profissionais que a atenderam, etc)

Que sugestão daria aos serviços que atendem as mulheres, principalmente nos casos de aborto

### **4. Questionamentos finais**

Se concorda com a legislação que criminaliza o aborto

Se acha que deveria ser permitido os hospitais realizarem o aborto quando a mulher assim o desejasse?