



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS**

ROSANE VASCONCELOS CASTELO BRANCO MOURÃO

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE O
ABORTO LEGAL EM UM HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE FORTALEZA-CE**

FORTALEZA – CEARÁ

2016

ROSANE VASCONCELOS CASTELO BRANCO MOURÃO

CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE O
ABORTO LEGAL EM UM HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE FORTALEZA-CE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas.

Área de Concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Ferreira Osterne.

FORTALEZA – CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Mourão, Rosane Vasconcelos Castelo Branco.

Concepções e práticas da equipe multiprofissional sobre o aborto legal em um hospital materno-infantil de Fortaleza-Ce. [recurso eletrônico] / Rosane Vasconcelos Castelo Branco Mourão. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 136 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientação: Prof.ª Dra. Maria do Socorro Ferreira Osterne.

1. Violência sexual . 2. Saúde da mulher. 3. Aborto legal. 4. Práticas profissionais. I. Título.

ROSANE VASCONCELOS CASTELO BRANCO MOURÃO

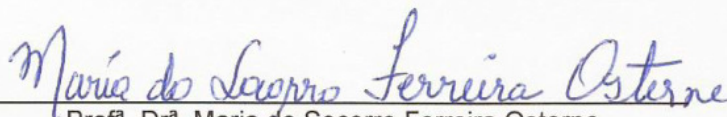
CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE O
ABORTO LEGAL EM UM HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE FORTALEZA-CE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas.

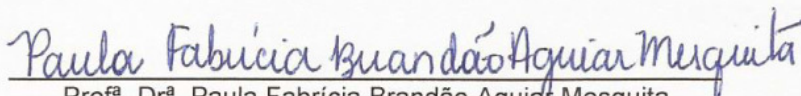
Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Aprovada em: 11/08/2016

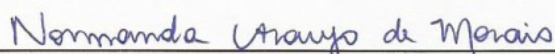
BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro Ferreira Osterne
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof^a. Dr^a. Paula Fabrícia Brandão Aguiar Mesquita
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof^a. Dr^a. Normanda Araújo de Morais
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

A minha vovó Marta (*in memoriam*), que eu imagino que não deve ter a dimensão do amor que eu e minhas irmãs temos por ela. Agora você é um anjinho que continua a nos acompanhar e a torcer por nós, com tanta alegria e amor!

AGRADECIMENTOS

Meu primeiro e maior agradecimento é a Deus, sem Ele, sei que nada seria possível. Ele realmente é grande, é justo, é poderoso, e eu enquanto sua filha sou abençoada por Ele constantemente em minha vida.

Depois, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho fosse realizado. A alguns, agradeço apenas por terem feito parte dos meus dias ao longo dessa caminhada, tornando-a mais leve e mais fácil, além de gratificante pra continuar seguindo em frente. A outros, por terem contribuído efetivamente para a conclusão de mais um trabalho.

Agradeço a minha família, o apoio e os incentivos constantes são pra mim essenciais em minha jornada, mas basta a existência deles, da onde emana tanto amor e cumplicidade, para fazer dar tudo certo e valer a pena.

Às pessoas que tornam meu cotidiano mais especial, no CREAS de Caucaia, onde o convívio com toda a equipe é sempre muito agradável e também divertida, e do Gonzaguinha de Messejana, que me garante grande aprendizado e ótimos momentos.

À turma do mestrado, mais especificamente às colegas assistentes sociais companheiras de todos os grupos de trabalho e das apresentações de seminário: Raquel, Izabel, Patricia e Sarah, alguns momentos serão inesquecíveis!

Às amigas que a vida me presenteou: vocês sabem o significado que têm para mim, e o quanto sou grata pela existência de vocês.

Agradeço a minha orientadora, prof^a Socorro Osterne, por toda a atenção dada, e pelo pronto atendimento a todas as vezes que precisei, no intuito de conseguir realizar e aprimorar este trabalho. Agradeço também à Ruth, responsável pela correção ortográfica, pela dedicação e profissionalismo disponibilizados. Da mesma forma, sou grata pelas contribuições valiosíssimas por parte das professoras Paula Fabrícia Mesquita e Normanda Araújo, que de imediato aceitaram compor a banca da qualificação, e deram as sugestões e direcionamento necessários para a continuação deste estudo.

Ao meu campo de pesquisa, unidade que me acolheu como profissional, com tanto carinho e confiança na minha competência pra atuar enquanto assistente social, onde me deparei com tantos desafios que trouxeram tanto aprendizado e crescimento, e também como pesquisadora.

À minha coordenadora, Cristhiane Brasil, assim como à direção do hospital, e às profissionais responsáveis pelo Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa - CEAP; Inês e Glêdes, que acolheram tão bem a proposta da pesquisa, acreditando e confiando que traria benefícios para os usuários, e facilitando no que fosse necessário para permitir a realização dela.

Agradeço igualmente àqueles que aceitaram participar da pesquisa, respondendo aos questionários e entrevistas, pois sem eles terem se disponibilizado a tal, ela não teria acontecido.

Por último, devo dizer que sou grata a tudo, a todas as coisas boas, maravilhosas, que fizeram parte destes dois anos de mestrado na Universidade onde me graduei e me especializei, como também por todos os desafios, as dificuldades, os obstáculos vencidos, até mesmo o cansaço e o desgaste natural de um trabalho que demanda muito de quem, além de mestrando, é também profissional que atua em dois campos de trabalho, e em duas áreas distintas. Reconheço, com enorme gratidão, que de fato, tudo valeu a pena, e tudo que vivenciei era exatamente aquilo que eu deveria ter vivenciado pra me tornar quem eu sou hoje: muito mais forte e desbravadora!

RESUMO

A presente dissertação tem como objetivo investigar como pensam e agem os profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional responsável em atender mulheres em situação de violência sexual que desejam realizar o aborto legal no Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana. Para isso, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre as categorias violência sexual, saúde da mulher, aborto legal, e práticas profissionais, além de pesquisa de campo por meio da observação participante, de registros em diário de campo, da aplicação de entrevista semiestruturada e de questionário. Tem como referencial teórico autores como Osterne (2006, 2008), Teles e Melo (2002), Faúndes (2004), Soares (2003), Andalaff Neto (2004) e Drezett (2003). Este estudo poderá contribuir para o processo de descriminalização do aborto como um direito de cidadania e de saúde pública, além de constituir-se fonte de consulta para futuros estudos acadêmicos sobre o assunto, uma vez que se trata de um tema pouco discutido na área de Políticas Públicas. A pesquisa mostra que os profissionais não estão devidamente capacitados para atuarem neste tipo de serviço, poucos conhecem as normas vigentes sobre o assunto. No entanto, procuram agir de forma ética, conforme a dinâmica e as determinações da unidade hospitalar definidas pelas coordenações dos setores, e atendem as usuárias que desejam realizar o aborto legal apesar de serem contra o procedimento. Esta pesquisa proporcionou discutir as dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais no sentido de garantirem um melhor atendimento às mulheres que vivenciam este tipo de violência, bem como poderá contribuir para visualizar questões que precisam ser revistas para que as usuárias deste serviço tenham seus direitos devidamente garantidos.

Palavras-chave: Violência sexual. Saúde da mulher. Aborto legal. Práticas profissionais.

ABSTRACT

This work aimed to investigate how they think and act healthcare professionals that make up the multidisciplinary team responsible to meet women in sexual violence situations who wish to perform legal abortions in the District Hospital Gonzaga MotaMessejana. For this literature search was conducted of the categories sexual violence, women's health, legal abortion, and professional practices, and field research at the Hospital mentioned above, through participant observation, records in field diary, and the application of semi-structured questionnaire and interview. Its theoretical framework authors as Osterne (2006, 2008), Teles and Melo (2002), Faúndes (2004), Soares (2003), Andalaft Neto (2004), Drezett (2003).The study may come to favor decriminalization of abortion as a right of citizenship and public health issue, in addition to contributing to future academic studies on the subject , since it is a subject little discussed in the field of Public Policy. Research shows that professionals are not properly trained to work in this type of service, few know the rules in force on the subject. However, they try to act ethically, as the dynamics and determinations of the hospital unit defined by the coordination of sectors and meet the users who wish to perform legal abortion despite being against the procedure. This research provided discuss the difficulties and challenges faced by professionals in order to ensure better care for women who experience this kind of violence, and may contribute to view issues that need to be reviewed so that the users of this service have their duly guaranteed rights.

Keywords: Sexual violence. Women's health. Abortion legal. Professional Practices.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Dados pessoais e profissionais do público entrevistado.....	36
Quadro 2	Dados referentes aos médicos participantes.....	39
Quadro 3	Dados referentes às enfermeiras participantes.....	39
Quadro 4	Dados referentes aos psicólogos participantes.....	39
Quadro 5	Dados referentes às assistentes sociais participantes.....	50
Quadro 6	Legislações brasileira lançadas pelo Ministério da Saúde.....	51
Quadro 7	Normatizações Brasileiras Elaboradas Pelo Ministério da Saúde.....	51

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	16
2.1	PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES COM O OBJETO DE ESTUDO.....	16
2.2	PARTICULARIDADES DO CAMPO DE PESQUISA.....	19
2.3	ESPECIFICIDADES DA PESQUISA.....	25
2.3.1	Processo de coleta e organização dos dados.....	29
2.3.2	Público participante.....	32
3	O ABORTO LEGAL E A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	41
3.1	ELEMENTOS HISTÓRICOS.....	41
3.2	LEGISLAÇÕES E NORMAS TÉCNICAS.....	46
3.3	DADOS ESTATÍSTICOS DE PESQUISAS E DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO – SINAN.....	51
3.4	O ABORTO LEGAL E A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: QUESTÕES DA ATUALIDADE.....	55
4	DEBATE TEÓRICO SOBRE O TEMA EM ESTUDO.....	61
4.1	A VIOLÊNCIA SEXUAL COMO UMA DAS FORMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, FRUTO DAS DESIGUALDADES DE GÊNERO.....	61
4.2	O ABORTO LEGAL COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE E UM DIREITO DA MULHER.....	67
5	A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO SERVIÇO DO ABORTO LEGAL: PRÁTICAS PROFISSIONAIS E CONDUTAS ÉTICAS.....	78
5.1	O ASSISTENTE SOCIAL COMO O PRINCIPAL ARTICULADOR NA ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....	78
5.2	A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: COMO ELA SE CONFIGURA E SE APRESENTA.....	83
5.3	O CÓDIGO DE ÉTICA E A CONDUTA DOS PROFISSIONAIS.....	91
5.4	O SERVIÇO DE ABORTO LEGAL NO HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DE MESSEJANA E SUAS PECULIARIDADES.....	95
6	RESULTADOS DO ESTUDO: ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	99
6.1	ABORTO X ABORTO LEGAL X ABORTO LEGAL À MULHER EM	

	SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	99
6.2	O SERVIÇO DE ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E/OU ABORTO LEGAL.....	100
6.3	A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ESTÁ CAPACITADA PARA ATENDER AOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E DE ABORTO LEGAL?.....	101
6.4	O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A LEGISLAÇÃO E A NORMATIZAÇÃO REFERENTE AO ATENDIMENTO A PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E DE ABORTO LEGAL.....	102
6.5	A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS: COMO ELES SE VEEM.....	105
6.6	DIFICULDADES E FACILIDADES ENCONTRADAS PELOS PROFISSIONAIS NESTE TIPO DE DEMANDA SOCIAL.....	106
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
	REFERÊNCIAS.....	115
	APÊNDICES.....	122
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	123
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO.....	125
	APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	129
	ANEXOS.....	131
	ANEXO A – DECLARAÇÃO.....	132
	ANEXO B – TERMO ANUÊNCIA.....	133
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	134

1 INTRODUÇÃO

Questões referentes ao aborto, mais precisamente ao aborto legal, vem ganhando notoriedade no momento atual devido a alguns fatores marcantes e significativos. A atuação dos movimentos feministas, que há alguns anos reivindica o enfrentamento do aborto como um problema de saúde pública e também de direitos humanos, assim como as diretrizes normativas do Ministério da Saúde que foram implementadas com o intuito de definir e organizar como deve ser a atenção direcionada a este assunto pelos profissionais e pela gestão das unidades de saúde, são exemplos de como o assunto está definitivamente em pauta na atualidade.

Além disso, a mídia também tem contribuído significativamente pondo em destaque situações de violência sexual contra as mulheres, fazendo aparecer seus desdobramentos, relatando quase que diariamente reportagens e notícias sobre casos vivenciados por elas, os quais, muitas vezes, resultam em morte.

Nestas situações, a sociedade, de uma maneira geral, é tomada pela indignação e pela revolta. Amplias discussões incitadas pelas redes sociais, independente de contexto, classe ou idade. Dessa forma, começa-se a questionar certos paradigmas, tais como o que é estupro de fato, e até que ponto as vítimas são revitimizadas pela própria sociedade representada pelos grupos mais conservadores e reacionários. Também se inicia uma discussão sobre a necessidade de mudanças da legislação referente ao problema, mas também sobre a forma como os casos são expostos pela grande mídia, com tendência à banalização do trágico.

Em relação ao aborto legal, primeiramente deve-se saber que abortamento refere-se a uma intervenção que resulta em uma mulher expelir o que se chama de aborto. Isto é, o material com peso menor que 500 gramas resultado da gravidez, que se não fosse expelido resultaria na formação de um feto. O abortamento pode ser ocasionado por diversas formas, podendo ser espontâneo ou não. Já o aborto legal, trata somente de casos previstos por lei, ou seja, pode ser realizado pela intervenção de um médico, sob o acompanhamento de uma equipe multiprofissional, sem a criminalização destes e da mulher que opta em realizar o procedimento.

No Brasil, é previsto pelo Código Penal de 1940 duas possibilidades de aborto legal, e mais recentemente, através de resolução promulgada pelo Supremo

Tribunal Federal, uma terceira possibilidade de ser realizado abortamento sem a mulher, tampouco o médico precisarem responder criminalmente pelo ato. Este último caso se refere a bebês anencéfalos, enquanto as outras duas formas anteriores se referem ao que se chama de aborto necessário, quando não há outro meio de salvar a vida da gestante, e aborto no caso de gravidez resultante de estupro.

O interesse em realizar esta pesquisa, que se tem como pergunta de partida: “De que forma a postura dos profissionais de saúde frente à questão do aborto legal pode influenciar no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual no Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana?”, deve-se ao fato da literatura revelar que a maioria dos hospitais que se propõe a atender estas mulheres não se mostrarem adequados para tal, principalmente no que se refere ao atendimento realizado pelas equipes. O campo escolhido constitui-se a única unidade de saúde na cidade de Fortaleza que realiza o procedimento do aborto legal nos casos de violência sexual.

Alguns estudos e pesquisas sobre este assunto indicam, conforme relata Lemos e Russo (2014, p. 302), uma realidade na qual “a assistência a mulheres que buscam serviços de saúde no caso de aborto provocado é desumanizada, discriminatória e estigmatizada”. Tal indicação aguçou a curiosidade e o interesse de investigar a atuação da equipe multiprofissional que atende neste Hospital, bem como de que maneira estas mulheres são atendidas e assistidas.

Autores como Faúndes (2004), Andalaft Neto (2004), Soares (2003), Dip (2013), Lemos e Russo (2014) são unânimes em afirmar, após pesquisa, que as mulheres que buscam os serviços de saúde para a realização do aborto legal são muitas vezes, vítimas de preconceito e discriminação por parte dos profissionais que as atendem. Lemos e Russo (2014, p.302) afirmam que

O atendimento tende a ser punitivo e discriminador, gerando nas mulheres sentimentos de insegurança, angústia, culpa e humilhação, num flagrante desrespeito às diretrizes que preconizam o direito de todas a uma assistência humanizada e de qualidade (LEMOS E RUSSO, 2014, p.302).

Prováveis explicações para isso residem na tendência dos profissionais se guiarem por critérios de ordem moral e religiosa em sua prática assistencial, enfim, por questões de ordem pessoal, e não pelas conquistas normativas inerentes

à situação. A consequência disso é a usuária ser prejudicada, e mais ainda, ser novamente violentada pela via dos preconceitos predominantes na dinâmica institucional.

Desta forma, tem-se como objetivo principal neste estudo, investigar como pensam e agem os profissionais de saúde frente à questão do aborto legal, e quais as implicações de suas posturas, no que se refere ao atendimento às mulheres vítimas de violência sexual no Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana. Para tal, esta pesquisa optou pelo método da observação participante, tendo como campo o Hospital acima citado. Como técnica de coleta dos dados utilizou-se da aplicação de entrevistas semiestruturadas e de questionários, além do diário de campo.

Esta dissertação é composta por sete capítulos, sendo o primeiro a introdução, o segundo referente aos aspectos metodológicos da pesquisa, os capítulos 3, 4 e 5 apresentam discussão teórica, o 6 traz análise dos resultados da coleta dos dados, e por fim, o último capítulo retrata as considerações finais.

No capítulo referente aos aspectos metodológicos, inicialmente fala-se sobre as primeiras aproximações com o objeto do estudo, ou seja, por qual motivo foi escolhido este objeto, e, posteriormente, quais as particularidades do campo da pesquisa; como se caracteriza o “Gonzaguinha de Messejana” assim como o serviço do qual ele é referência em todo o estado do Ceará. Por fim, é definido no tópico sobre as especificidades da pesquisa de que forma ela está caracterizada, e quem foi o público participante dela.

No capítulo 3, inicia-se a discussão teórica apresentando-se os elementos históricos que marcaram a sociedade mundial e brasileira no que diz respeito à questão do aborto legal e da violência contra a mulher. Foi necessário também apresentar a legislação referente à questão, assim como as diretrizes e normas técnicas que norteiam os operadores da saúde e como os serviços devem se estruturar para atender adequadamente as usuárias. Para garantir uma melhor compreensão da realidade em estudo, foram apresentados dados estatísticos sobre a questão, finalizou-se com uma discussão acerca de fatos e situações recentes e atuais referentes ao problema.

No capítulo 4 é realizado um debate teórico sobre o tema em estudo, no qual a violência sexual ganha destaque, enfocando tratar-se de uma das formas de violência contra a mulher, travando um diálogo com as questões de gênero. Aborda também sobre o aborto legal, o que é, como se diferencia das demais formas de

abortamento e ressalta tratar-se de uma questão de saúde pública e um direito da mulher garantido por lei.

Para cumprir com o objetivo proposto por esta pesquisa, era necessário entender a ação da equipe multiprofissional no serviço do aborto legal. Isso acontece no capítulo 5, quando se percebe ser o assistente social o profissional responsável pela articulação da equipe bem como pela viabilização da garantia dos direitos das usuária. Por fim, apresenta o funcionamento do "Gonzaguinha de Messejana" através da análise da pesquisadora e da própria fala dos profissionais.

O leitor irá perceber que os dados coletados na pesquisa de campo, através das entrevistas semiestruturadas, encontram-se entremeados com as reflexões e análises teóricas expressas nos capítulos 4 e 5, na busca de melhores resultados.

No capítulo 6 são apresentados os resultados dos dados coletados através da aplicação de 21 questionários com assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e médicos, reproduzindo o cotidiano de suas ações, o que os motiva a atuarem neste setor, o que deveria ser diferente e quais os avanços observados, dentre outras questões.

Por fim, seguem-se as considerações finais, contempladas no sétimo e último capítulo, e as referências bibliográficas que serviram para dar suporte teórico ao presente estudo, bem como os apêndices e anexos usados durante o estudo.

Acredita-se na possibilidade desta pesquisa favorecer mudanças de perspectivas e também de paradigmas, não só da sociedade de uma maneira geral, mas pelo menos nos profissionais que lidam com as usuárias, no que diz respeito à questão da violência sexual contra a mulher e do aborto que ela opta em realizar após ter sido vítima de algo brutal e grotesco.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES COM O OBJETO DE ESTUDO

É comum que optemos por estudar e desejar entender algo que já faz parte de nossa realidade ou do nosso cotidiano e rotina, assim como o tema referente ao aborto legal faz parte do meu cotidiano profissional. Quanto a isso, Severino afirma: “[...] a temática deve ser realmente uma problemática vivenciada pelo pesquisador, ela deve lhe dizer respeito” (SEVERINO, 2000, p.145). Já Neto (1999, p.52) reforça que “o trabalho de campo deve estar ligado a uma vontade e a uma identificação com o tema a ser estudado”.

Desta forma, posso dizer que minha decisão pelo tema não se deu por acaso, uma vez que estou inserida na equipe multiprofissional responsável em atender a mulher que sofre violência sexual e que quer realizar o aborto legal, e desde então, há três anos, venho vivenciando muitos conflitos, impasses, dificuldades e situações nos mais variados contextos e questões.

Tais questões que vivencio no meu dia a dia na instituição em que atuo como assistente social me fizeram querer aprofundar mais ainda nas mesmas, através de estudos e investigações teóricas sobre o assunto, e também através desta pesquisa na qual atuo por meio da observação participante.

Ainda sobre a escolha do tema de um estudo, Severino (2000, p. 145) afirma que se trata de “um ato político”, e que, neste âmbito, “não existe neutralidade”. Entendo essa afirmação do autor como, de fato, certamente eu não poderia negar que, com esta pesquisa e estudo que pretendo realizar através desta dissertação, há também intenções de provocações por trás dos resultados que ela apresenta. Provoações à gestão da instituição em que ela está sendo realizada; à equipe que atua nestes casos, bem como à sociedade como um todo, ao soar como um alerta de que necessárias mudanças além de reflexões devem ser realizadas e objetivadas por todos.

Martinelli (1999, p.28) disse que, ao realizarmos uma pesquisa de caráter qualitativo, ela em si mesma já se configura como um exercício político, pois nós pesquisadores nos expressamos como sujeitos políticos. Para a autora, a escolha do tema tem relação, inclusive, com o projeto de sociedade pelo qual lutamos.

Sendo assim, tendo como objetivo investigar como pensam e agem os profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional responsável em atender mulheres vítimas de violência sexual que desejam realizar o aborto legal no Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana, esta pesquisa busca entender tal questão, com o intuito de garantir a elas o atendimento adequado conforme preconizado por lei. No que se refere ao papel de contribuir em possíveis mudanças e alterações no campo investigado, Osterne afirma:

A pesquisa deverá ser sempre, antes, a possibilidade de um diálogo crítico e criativo com a realidade e tem seu melhor desfecho na elaboração do pensamento e na capacidade de intervenção (OSTERNE, 2001, p.23).

Para Osterne (2001, p.24), uma das exigências de se investigar pessoas e suas relações, que é o meu caso ao se investigar os profissionais que atendem as mulheres que realizam o aborto legal, é inevitavelmente se envolver com o problema analisado. Desde antes desta pesquisa ter início, eu já vinha me sensibilizando ao me deparar com estas mulheres no hospital em questão. O assunto é delicado, permeado de tabus, de vergonha, constrangimento, medos e dor, muita dor.

As mulheres que adentram neste espaço de saúde buscando cuidados após a violência de que foram vítimas, necessitam que as pessoas pelas quais elas irão se direcionar, desde a recepção do hospital até os vários profissionais de diversos setores, estejam preparadas para recebê-las. E este preparo significa saber acolhê-la de maneira a não culpá-la, julgá-la, condená-la, ou simplesmente não demonstrar curiosidade demasiada e desnecessária a ponto de constrangê-la. Além disso, é de extrema importância que estejam devidamente capacitados para tal, a fim de conhecerem o fluxo de atendimento pelo qual ela perpassará e assim direcioná-la e atendê-la com o sigilo e os cuidados previstos por lei.

Assim, torna-se importante discutir e analisar o objeto desta pesquisa, conforme já vem sendo estudado por autores como Faúndes (2004), Andalaft Neto (2004), Drezett (2003), e Medeiros (2012), além do Ministério de Saúde que vem recentemente lançando normas técnicas no intuito de definir e regularizar como devem ser feitos tais procedimentos. Tal fato demonstra a atualidade, a notoriedade e a importância que esta questão da mulher que sofre violência e dos direitos que a ela devem ser garantidos tem para a sociedade atual.

Goldenberg (2004, p.31) ressalta ainda que o bom desenvolvimento e o resultado da pesquisa vão depender “da sensibilidade, intuição e experiência do pesquisador”, daí a inevitável necessidade de se estar envolvido com o tema em estudo.

Desta forma, o interesse pessoal pelo estudo surgiu a partir de minha vivência diária no único hospital de Fortaleza que atualmente recebe mulheres que optam pelo aborto legal, que me permitiu realizar inúmeras observações, reflexões e análises não só sobre a violência a que estas mulheres são submetidas, aos diversos fatores que as levam a não quererem dar prosseguimento a uma gestação indesejada, aos conflitos pessoais e emocionais com as quais elas se depararam diante da situação, enfim. O tema é amplo, requer a participação de diversos atores, diversos elementos podem ser analisados, mas para este estudo eu optei pelo que eu considero de extrema relevância para que esta mulher não venha a ser novamente violentada em plena unidade de saúde: a forma como os profissionais irão recebê-la e atendê-la.

A delimitação do objeto a ser estudado é, portanto, um passo importante e primordial para a realização da pesquisa, e deve-se saber que este “não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações” (BAPTISTA, 1999, p.37).

Assim, nesta pesquisa, busco especificamente verificar como o tema do aborto é visto pelos profissionais de saúde que atuam no Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana; observar de que forma a lei referente ao aborto legal é compreendida e percebida por estes profissionais; verificar se a lei referente ao aborto legal, as normas técnicas e seus parâmetros, lançadas pelo Ministério de Saúde para o atendimento à mulher vítima de violência sexual, são colocadas em prática no Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana; apreender qual a conduta predominante entre os profissionais de saúde no atendimento dos casos de aborto legal e conhecer as dificuldades bem como os avanços no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual que ensejam a realização do aborto legal.

Deste modo, a proposta desta pesquisa é de contribuir com uma provável reflexão por parte dos participantes dela sobre a questão estudada, de modo a permitir a realização de mudanças necessárias para assim, a mulher ser melhor atendida e resguardada quanto aos seus direitos referentes ao procedimento do aborto legal que ela irá realizar.

2.2 PARTICULARIDADES DO CAMPO DE PESQUISA

Sobre o local onde se realiza um estudo, a partir do momento em que ele é delimitado como tal, este se torna um campo de pesquisa, definido por Neto (1999) como “[...] um palco de manifestações de intersubjetividade e interações entre pesquisador e grupos estudados, propiciando a criação de novos conhecimentos” (NETO, 1999, p.54). É neste palco que tudo acontece; o pesquisador se depara com as questões a serem estudadas, analisadas, e conseqüentemente, pequenas ou grandes alterações podem acontecer ali como resultado dele ter se prestado a este papel de “palco” de inúmeras intervenções enquanto campo de pesquisa.

O campo em uma pesquisa qualitativa é definido e entendido por Minayo como “o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (MINAYO, 2010, p.201).

Para Minayo (2009), o trabalho em campo é essencial para garantir a aproximação do pesquisador à realidade estudada, sobre a qual ele formulou a pergunta, além de “estabelecer uma interação com os “atores” que conformam a realidade e, assim, constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa social” (MINAYO, 2009, p.61). Segundo ela, trata-se de algo tão essencial em uma pesquisa qualitativa, “que a rigor não poderia ser pensada sem ele” (MINAYO, 2010, p.202).

Desta forma, cabe ao pesquisador ter o cuidado de realizar o trabalho de campo “a partir de referenciais teóricos e também de aspectos operacionais”, isto é, “não se pode pensar num trabalho de campo neutro” (MINAYO, 2010, p.203). O pesquisador não deve adentrar no campo sem ter selecionado os fatos a serem observados e coletados, de modo a agir diretamente naquilo que se pretende compreender e apreender. Além disso, deve-se ter em mente que a realidade costuma ser dinâmica, e eventuais intercorrências venham a acontecer no campo, dificultando o acesso ao objeto que se pretende estudar.

No caso do presente estudo, o campo se trata do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, unidade hospitalar correspondente à rede secundária de saúde, pertencente à Secretaria Executiva Regional VI de Fortaleza-Ceará, e vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. A atenção secundária ou média complexidade compreende os tratamentos curativos, internações e cirurgias

em hospitais de menor porte. A inauguração do Hospital data de 23 de setembro de 1986.

A cidade de Fortaleza conta com uma rede de dez hospitais públicos municipais, além das unidades mantidas pelos governos estadual e federal e dos estabelecimentos filantrópicos e particulares. Além do Instituto José Frota e do Hospital da Mulher, a rede hospitalar do município é composta pelos hospitais distritais, conhecidos como Frotinhas e Gonzaguinhas, bem como do Centro de Assistência a Criança Lúcia de Fátima Rodrigues Guimarães Sá e do Hospital Nossa Senhora da Conceição, todos de atendimento secundário.

Existem três Frotinhas – Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura, no bairro Antonio Bezerra; Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira, em Parangaba; e Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira, em Messejana. Os Frotinhas são referência em casos menos graves na área de traumatologia-ortopedia, mas cada hospital tem suas particularidades de atendimento.

Assim como os Frotinhas, há também três Gonzaguinhas – Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará, Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter e Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana. Os Gonzaguinhas são referência para o atendimento em ginecologia, obstetrícia e pediatria.

O Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição, localizado no Conjunto Ceará, a exemplo dos Gonzaguinhas, funciona como hospital maternidade, também referência nas áreas gineco-obstétrica e pediátrica. Já o Centro de Assistência a Criança Lúcia de Fátima, no bairro Parangaba, como o próprio nome explicita, é o hospital municipal de atendimento exclusivamente infantil¹.

Por se tratar de um hospital materno-infantil, o Gonzaguinha de Messejana, assim como ele é costumeiramente chamado e conhecido, tem como principais demandas mulheres em idade fértil, crianças e adolescentes, e tem como principais serviços, a internação nas especialidades de pediatria, neonatologia e ginecologia/obstetrícia, além de atendimentos ambulatoriais.

Para atender aos usuários, o hospital possui um total de 129 leitos para internação, sendo, portanto, o maior em número de leitos em relação a todos os outros Gonzaguinhas e Frotinhas, e tem funcionamento de 24 horas. É também a

¹ Informações retiradas do site da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Fortaleza. <http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms/hospitais-municipais>. Acesso em fevereiro de 2016.

maternidade pública que realiza a maior média de partos no município de Fortaleza, cerca de 400 por mês.

O Hospital conta atualmente com 293 servidores públicos da PMF, 25 do Estado, 01 do MS, 102 contratados através de seleção pública, 168 prestadores de serviço autônomo e 163 servidores terceirizados, perfazendo um total de 752 colaboradores².

Pode-se dizer que o campo da pesquisa é o local onde se realiza o aborto legal, ou seja, a sala de emergência obstétrica, conhecida como sala de parto. No entanto, é necessário ressaltar que o atendimento à mulher que sofreu uma violência sexual e que deseja realizar o aborto legal é realizado por diversos profissionais, em diferentes salas e setores do hospital, conforme será explicitado no fluxograma de atendimento.

Sobre a sala de parto, trata-se do setor do hospital onde ocorrem os partos normais, bem como o abortamento por misoprostol³, assim como outros procedimentos obstétricos e ginecológicos que não requerem de centro cirúrgico para tal. É composto por nove leitos, dos quais dois deles são utilizados para paciente em observação. Por plantão, atuam na sala de parto 03 obstetras; 04 enfermeiros; 02 anestesistas; 02 neonatologistas; 08 técnicos de enfermagem; 01 controlista; 02 residentes; 03 internos e 01 maqueiro. Além disso, o psicólogo e o assistente social dão assistência necessária aos usuários quando estes requerem e necessitam.

Em relação ao atendimento de pessoas em situação de violência, trata-se de um serviço que foi implementado em 08 de março de 2005, e desde então o campo desta pesquisa é conhecido no município de Fortaleza, assim como também no estado do Ceará, como o Hospital de referência neste tipo de atendimento, em especial no que se refere ao procedimento do aborto legal, uma vez que somente no Gonzaguinha de Messejana este procedimento é realizado⁴.

² Estes dados constam em um documento específico do Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana, denominado Plano de Gestão, do ano de 2014.

³ O misoprostol é o princípio ativo do medicamento conhecido como Cytotec. A princípio, o medicamento era utilizado para fins de tratamento e prevenção de úlcera no estômago, mas desde que se descobriu o grande efeito como abortivo, a venda dele se tornou proibida desde 1998, e já houve denúncias de venda clandestina dele. No caso do aborto, o misoprostol é aplicado na vagina da mulher, e age ampliando as contrações uterinas, ocasionado no sangramento e na expulsão do feto.

⁴ É importante ressaltar que existe a preocupação bem como o interesse de outros hospitais de Fortaleza em garantirem este atendimento. Devido a isso, alguns já se encontram em processo de definição e organização de fluxo e do serviço em questão, visando o atendimento a este público.

Mais recentemente, após a atualização, em 2012 da Norma Técnica lançada pelo Ministério de Saúde que regulamenta e define como deve ser o atendimento a adolescente e mulher que sofreram violência sexual, deu-se mais atenção a esta questão, e capacitações e sensibilizações da equipe multiprofissional passaram a acontecer com mais frequência.

Além disso, as deficiências ainda existentes neste serviço estão tendo mais visibilidade não só pelos profissionais que realizam os atendimentos, como também pelos gestores e pelo próprio Ministério de Saúde, que estão cobrando das unidades de saúde uma adequação delas às normatizações e legislações existentes.

Recentemente foi alarmado o fato de que, o campo da presente pesquisa, como já foi dito, é referência neste serviço para todo o estado do Ceará, no entanto sequer se encontra cadastrado no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde como unidade que dispõe do serviço com o código 165 – Atendimento Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual, com a especificação do código 001 – Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Desta forma, não consta no sistema do Ministério de Saúde que o Gonzaguinha de Messejana dispõe deste serviço, e tampouco recebe recursos para tal.

Para estar cadastrado no CNES neste tipo de serviço específico, é necessário que se tenha uma equipe multiprofissional que realiza: acolhimento; escuta qualificada; atendimento clínico humanizado; atendimento psicológico e social; anamnese e registro em prontuário; realização de exames e profilaxias necessárias; notificação da violência sexual e outras violências; encaminhamentos, consultas e retornos para tratamento ambulatorial, de acordo com o caso. Ou seja, exatamente o que é realizado no Gonzaguinha de Messejana, e que não foi oficializado junto ao Ministério de Saúde, deixando de receber um recurso que serviria para adquirir insumos necessários para melhorar o serviço já existente, bem como capacitar a equipe, qualificar a assistência prestada, dentre outras questões.

Apesar disso e de outras deficiências que podem ainda ser levantadas a posteriori, os dados mostram que tal serviço existe sim no campo deste estudo, a saber⁵:

Violência Sexual	2013	2014	2015	2016 ⁶
Contra adolescentes e mulheres	44	62	58	05
Contra crianças	11	13	15	02
Total de atendimentos	55	75	73	07
Aborto legal	08	08	14	02

Em relação a como as pessoas são atendidas, existe um fluxograma de atendimento definido pelo hospital que segue a proposta do Ministério de Saúde, e que deve ser de conhecimento de toda a equipe para que a pessoa seja adequadamente acolhida, resguardada de todo e qualquer constrangimento, tendo, portanto, seus direitos garantidos.

O Gonzaguinha pode atender demanda espontânea, assim como encaminhado e referenciado por outros órgãos. É comum recebermos crianças e adolescentes encaminhadas pelo Conselho Tutelar, bem como mulheres encaminhadas de outros hospitais após terem sido vítimas de violência sexual e desejarem realizar o aborto legal.

Da mesma forma, recebemos grande parte dos casos encaminhados pelo Instituto Médico Legal, pra onde se vai após ser feito o boletim de ocorrência nas delegacias a fim de realizar o exame pericial que irá confirmar a violência sofrida para que sejam tomadas as devidas providências.

Muitas vezes recebemos demanda espontânea, são situações em que a mulher procura a unidade de saúde porque tomou conhecimento que se faz o atendimento à vítima, bem como se realiza o aborto legal, sem passar necessariamente por delegacia e IML, uma vez que não há obrigatoriedade e, por

⁵ Dados obtidos através dos setores de psicologia e do serviço social, que forneceram as fichas de atendimento, bem como livro de registro do atendimento referente a este serviço. Eu enquanto pesquisadora, tive acesso a estes documentos e fiz o levantamento das informações.

⁶ Dados referentes aos meses de janeiro e fevereiro de 2016.

lei, ela tem direito a ser devidamente atendida sem que a equipe possa exigir tais documentações a título de “comprovação” da violência vivenciada⁷.

Quando a pessoa chega, podendo ser criança e adolescente de ambos os sexos, mulher, homem e idoso, a pessoa é direcionada ao serviço social para ser acolhida e atendida. É preenchida a notificação compulsória⁸, feito as devidas orientações e encaminhamentos, para posteriormente ser encaminhada à psicologia e sala de emergência para atendimento clínico por parte de enfermeiros e médicos. É importante ressaltar que, nos casos da violência sexual ter ocorrido no prazo de até 72 horas, é essencial que a pessoa receba primeiramente o tratamento profilático⁹ no sentido de resguardar sua saúde em primeiro lugar, para posteriormente ser atendida pelo serviço social e psicologia.

Nos casos de aborto legal, a mulher somente faz o procedimento após obrigatoriamente passar por um acompanhamento com a psicologia, que envolve pelo menos três atendimentos não consecutivos, no qual ela será preparada emocionalmente para o que irá realizar, e a posterior, ela pode permanecer no atendimento ambulatorial realizado pela equipe. Por fim, ela é encaminhada para o procedimento sob os cuidados do único médico que não opta pela objeção de consciência¹⁰, após assinar o termo de responsabilidade no qual ela declara

⁷ “A exigência de apresentação destes documentos para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal”, e a justificativa para isso é o fato de que, uma vez que existe a obrigatoriedade, a mulher muitas vezes deixa de recorrer de imediato à unidade de saúde porque precisa passar primeiramente por estes procedimentos burocráticos, bem como pelo fato de que muitas não procuram a delegacia por medo e receio advindos de ameaças, além de sentirem-se constrangidas para tal, dentre outras questões que dificultariam os cuidados imediatos que ela deve tomar primeiramente com sua saúde após ter vivenciado uma situação de violência (BRASIL, 2012, p.27).

⁸ Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência, atendidos em serviços de saúde públicos ou privados de saúde. O cumprimento da medida é fundamental para o dimensionamento do fenômeno da violência sexual e de consequências, contribuindo para a implantação de políticas públicas de intervenção e prevenção do problema (BRASIL, 2012, p.25).

⁹ A profilaxia se refere aos cuidados que são tomados quando a violência ocorreu num prazo de até 72 horas: é uma bateria de medicamentos e injeções, bem como anticoncepção de emergência, que serão aplicados para se evitar doenças sexualmente transmissíveis assim como uma gravidez indesejável.

¹⁰ Através da objeção de consciência, previsto pelo código de ética dos médicos, ele pode negar a fazer o procedimento do aborto legal contestando ir contra seus princípios éticos e morais, mas existem duas observações importantes e necessárias a se fazer no que diz respeito a este recurso utilizado pela grande maioria deles: a primeira observação é que ele pode optar pela objeção mas, de imediato, deve garantir o atendimento da usuária por outro médico; a segunda observação é que pode haver a objeção de consciência no que se refere ao procedimento do aborto legal em si, mas não no atendimento imediato à pessoa que sofreu violência sexual, uma vez que ela pode sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) profissional, o que caberia a responsabilização dele neste caso (BRASIL, 2012, p.27).

encontrar-se gestante após ter vivenciado uma situação de violência, desresponsabilizando o médico de responder criminalmente pelo ato.

O procedimento do aborto legal pode somente ser realizado pelo médico, mas participam do processo, atendendo e acompanhando a paciente nos mais variados aspectos que ela pode apresentar tanto a enfermeira, a técnica de enfermagem, a assistente social e a psicóloga, de forma a garantir o atendimento integral a ela, antes mesmo do procedimento, como durante e depois dele.

2.3 ESPECIFICIDADES DA PESQUISA

Sobre realizar pesquisa, Minayo afirma que “constitui um processo de trabalho complexo que envolve teoria, método, operacionalização e criatividade” (MINAYO, 2010, p. 19). Significa, portanto, buscar compreender uma realidade a partir de cuidados necessários que o pesquisador necessita ter para tal. Pesquisa é, portanto, definida pela autora como:

a atividade básica das Ciências na sua indagação e construção da realidade. [...] É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação (MINAYO, 2010, p.47).

No que se refere especificamente à Pesquisa Social em Saúde, que é o tipo de pesquisa que pretendo realizar com este estudo, Minayo define como “todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários” (MINAYO, 2010, p.47).

Desta forma, entendo que uma pesquisa realizada na saúde tem suas especificidades e diferenciações dos demais estudos realizados em outro campo, como bem destacado pela autora. Isto porque, “sobretudo no campo de saúde, a realidade a ser abordada se apresenta sempre como uma totalidade que envolve diferentes áreas de conhecimento e abrange a dinâmica do mundo da vida” (MINAYO, 2010, p.53).

Para realizar uma pesquisa é necessário traçar o passo a passo de como ela será desenvolvida e implementada; qual natureza ela terá, qual tipo ela se caracterizará, e quais os métodos serão utilizados para coletar os dados e as

informações necessárias que auxiliarão na compreensão e análise de determinado fenômeno social.

Conforme Minayo, a metodologia de uma pesquisa é “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 1999, p.16). É a maneira visualizada pelo pesquisador de percorrer para enfim, chegar nos resultados buscados e na reflexão sobre o tema que ele pretendia alcançar.

Sobre pesquisa social, Groulx (2014, p.95) afirma tratar-se de “pesquisas voltadas para o estudo dos problemas sociais e das práticas profissionais e institucionais para resolver esses problemas”. E reforça que a pesquisa visa, portanto, “tanto reconhecer os problemas e suas causas, como propor soluções ou estratégias de intervenção para resolvê-los”.

Para tal, para entender o fenômeno da violência sexual contra a mulher; o desejo dela de realizar o aborto legal; as práticas dos profissionais de saúde nestes casos no cotidiano de suas ações dentro de um hospital materno-infantil de Fortaleza-CE faz-se necessário recorrer à abordagem qualitativa. Esta se torna uma exigência de ordem metodológica, uma vez que, conforme afirma Minayo,

trata-se de “um nível de realidade que não pode ser quantificado”, pois “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos, e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1999, p.21).

Além disso, Osterne (2001, p.38) orienta que o pesquisador deve “considerar o caráter inovador, a dimensão política e a dimensão interativa” desta abordagem, diante da pesquisa social que ele pretende implementar.

Na pesquisa qualitativa, a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial para a compreensão do fenômeno que está sendo estudado (MINAYO, 2009), além de exigir “uma grande disponibilidade do pesquisador e um real interesse em vivenciar a experiência da pesquisa” (MARTINELLI, 1999, p.26), fazendo com que nós também sejamos sujeitos dela.

Desta forma, o pesquisador qualitativo não vai a campo somente para encontrar respostas para suas perguntas, ele também visualiza se deparar com as questões mais surpreendentes possíveis, nos mais diferentes aspectos. Talvez, para possibilitar este processo, Groulx (2014) afirma que “a pesquisa qualitativa parece

tanto mais necessária no campo da saúde e dos serviços sociais [...]” em detrimento dos demais campos (GROULX, 2014, p.105).

Minayo destaca ainda que o método qualitativo deve ser considerado como essencial e inevitável quando se busca aplicá-lo

[...] ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010, p.57).

Assim, para apreender uma realidade repleta de dinamicidade, ao optar pela avaliação qualitativa, o pesquisador deve saber que esta “requer, como atividades fundamentais, a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos” (MINAYO, 2010, p.195). Significa que existe a probabilidade de ser necessário corrigir e readaptar os instrumentais de coleta bem como sua postura, de modo a facilitar e garantir a obtenção dos dados necessários para a apreensão da realidade estudada. Requer, portanto, que o pesquisador tenha “jogo de cintura” para ter sucesso na pesquisa.

No intuito de captar as ações do público alvo do estudo, de conhecer mais intimamente a realidade das mulheres que fazem o aborto e como elas são atendidas pelos diversos profissionais, de constatar os pormenores da questão estudada, optei pelos recursos que a observação participante me permite. Através desta técnica, eu poderia estar em contato direto com o fenômeno observado objetivando obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos, principalmente aquelas que não são obtidos por meio de perguntas (OSTERNE, 2001; NETO, 1999).

Observação participante é uma técnica em que, conforme explicita Goldenberg (2004, p.26), “o pesquisador coleta os dados através da sua participação na vida cotidiana do grupo ou da organização que estuda”. Trata-se de uma atividade na qual ele vai poder observar pessoalmente e de maneira prolongada determinadas situações, eventos, e comportamentos pelos quais lhe interessa para uma melhor compreensão e aprofundamento do fenômeno.

Devido o fato de estarmos, enquanto pesquisadores, estudando o fenômeno, avaliando, analisando, refletindo e repensando as questões, ao mesmo tempo em que participamos diretamente ou indiretamente dele, Demo (1995) afirma

que a pesquisa participante coloca ao pesquisador este duplo desafio: pesquisar e participar. Minayo (2009, p.70) assegura que nós nos colocamos “como observadores de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica”.

A mim foi possível optar por esta técnica que, conforme afirmado pelos autores, permite grande enriquecimento à pesquisa em questão, devido ao fato de me encontrar inserida em um campo como pesquisadora na qual eu também atuo como uma das profissionais que compõem a equipe que atende e acompanha mulheres que realizam o aborto legal após terem sofrido violência sexual. Sendo assim, as observações são constantes e a participação nestes casos também, permitindo uma maior compreensão do fenômeno estudado.

Em relação a isso, Poupart (2014, p.217) declara que o ideal para uma pesquisa de ordem qualitativa é o pesquisador “[...] misturar-se às atividades cotidianas dos atores, com a ajuda da observação participante, pois esta constitui o melhor meio de perceber suas práticas e interações, como também de interrogá-los durante a ação”. Desta forma as interações são possíveis e, até certo ponto, ilimitadas.

Ainda sobre as vantagens da observação participante para um desenrolar mais rico e esclarecedor à pesquisa, Groulx afirma:

A observação participante leva a reconsiderar as definições prévias, geralmente prescritivas, do comportamento na organização. Ela obriga a reexaminar as racionalidades organizacionais oficiais, e consegue demonstrar que a lógica da ação organizacional obedece, principalmente, a lógicas descontínuas e práticas (GROULX, 2014, p.105).

Desta forma, parece inevitável o fato de que o pesquisador, ao se deparar com a realidade enquanto participante, e não apenas como estudioso, questões passarão a ser reavaliadas e repensadas, pois ele passa a vê-las como elas são, na prática, e agora não mais apenas na teoria. Em relação a esta “proximidade com os interlocutores”, Minayo (2010, p.274) ressalta que se trata de algo “longe de ser um inconveniente, e sim uma virtude”.

2.3.1 Processo de coleta e organização dos dados

Um instrumento essencial e indispensável para o pesquisador que realiza a observação participante é o diário de campo. É através deste instrumento de pesquisa, que normalmente se trata de um caderno direcionado para esta finalidade, que se vai registrar todas as questões que ele observa, reflete e vivencia, das quais considera relevante e importante para o estudo em questão.

Sobre ele, Neto (1999, p.63) afirma se tratar de “[...] um amigo silencioso que não pode ser subestimado quanto à sua importância. Nele diariamente podemos colocar nossas percepções, angustias, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de outra técnicas”. É por esse motivo que o autor ressalta que “o diário de campo é pessoal e intransferível”, uma vez que ele registra as suas observações mais pessoais e que por isso devem ser preservadas e guardadas sigilo, podendo ser utilizadas na pesquisa quando forem convenientes.

No meu caso enquanto profissional inserida no serviço de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual e que desejam realizar o aborto legal, posso dizer que eu tenho acesso privilegiado ao objeto de estudo – como atuam os profissionais que atendem situações de violência e de aborto legal – e que por isso tive a oportunidade de garantir inúmeros registros bastante significativos no meu diário de campo.

Eu enquanto pesquisadora, mas primeiramente enquanto assistente social, e, portanto, responsável em realizar o primeiro atendimento à usuária, e acompanhar os demais atendimentos a ela realizados por outros profissionais, desde o psicólogo, as enfermeiras, as técnicas de enfermagem e os médicos, observei e vivenciei muitas situações que certamente ampliaram meu entendimento sobre o que estudava. Algumas delas por si só já confirmavam determinadas hipóteses levantadas no período de construção do objeto de pesquisa.

Além disso, devido o meu interesse notório pelo tema em estudo, a coordenação do Serviço Social do hospital me nomeou como membro integrante da Comissão de Atendimento à Vítima de Violência e Maus Tratos¹¹. Assim, todas as situações referentes à questão que requererem da comissão uma reunião entre os

¹¹ Portaria nº 19/2014 de julho de 2015 (alterada pela Portaria nº 07/2015 de 07 de agosto de 2014). Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e Mulheres Vítimas de Violência e Maus Tratos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

integrantes para discutir e definir determinadas situações sobre o fluxo de atendimento ou sobre outras questões, eu devo participar e estou inserida.

Também participo de reuniões externas promovidas pela Secretaria de Saúde do Estado ou do Município, que estão constantemente promovendo a construção de fluxos, redefinição do serviço e revisão dos instrumentais a serem utilizados, bem como de capacitações e sensibilização dos profissionais quanto ao tema. Tais vivências garantem um maior aprofundamento do assunto estudado.

O diário de campo permite ao pesquisador colher informações que ele “secretamente” obtém a partir da própria observação que ele realiza, enquanto que a técnica da entrevista, seja ela aberta ou fechada, garante informações que ele não vê ou percebe, uma vez que lhe são repassadas por uma outra pessoa. Para Minayo,

entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo (MINAYO, 2010, p.261).

Assim, através da entrevista, é possível obter informes contidos nas falas dos atores sociais repassados por eles por meio de um diálogo direcionado e esquematizado para tal, em que o objetivo dele deve estar bem claro ao entrevistador. Ela não é, portanto, como Neto assinalou, “uma conversa despreziosa e neutra”. Na verdade, ela é uma “conversa a dois com propósitos bem definidos” (NETO, 1999, p.57).

Sobre a entrevista, Poupart ressalta que “não é raro ouvir dizer que dirigir uma entrevista é uma arte”. Para ele, são muitos os desafios que o pesquisador enfrenta para obter uma entrevista satisfatória, mas que ela é essencial porque “[...] sempre foi considerada como um meio adequado para levar uma pessoa a dizer o que pensa, a descrever o que viveu ou o que viu, ou aquilo de que foi testemunha” (POUPART, 2014, p.227).

Para esta pesquisa optei não só pela entrevista, e neste caso, a entrevista semi-estruturada, assim como também pela aplicação do questionário como forma de complementação das informações a serem coletadas. Em relação a isso, Minayo destaca:

Por vezes, num processo de pesquisa pode surgir a necessidade de elaboração de um questionário fechado para se captar aspectos gerais considerados relevantes de um problema de investigação, visando a iluminar a compreensão do objeto e a estabelecer relações e

generalizações. Na abordagem qualitativa, nada impede, pelo contrário se estimula essa combinação de métodos (MINAYO, 2010, p.190).

Inicialmente havia optado em aplicar apenas questionário com os profissionais a fim de coletar os dados necessários para o estudo. O motivo principal da escolha é o fato do público alvo desta pesquisa ser composto por profissionais que atuam em uma emergência obstétrica, na qual imaginei que dificilmente eles teriam disponibilidade para participar de uma entrevista ou de outro método aberto, pois teriam que parar a atividade a qual estariam desenvolvendo no momento para tal. O uso do questionário, neste caso, facilitaria para o pesquisador pois ele poderia solicitar ao profissional que o instrumento de coleta fosse respondido após a apresentação do estudo, o objetivo e a relevância dele, no momento em que tivesse disponibilidade para tal, se comprometendo a devolvê-lo devidamente respondido quando possível.

Somado a isso, Goldenberg (2004, p.53) ressalta ainda o fato de que os entrevistados, ao responderem o questionário, “se sentem mais livres para exprimir opiniões que temem ser desaprovados ou que poderiam colocá-los em dificuldades”, e como eles ficam a vontade para decidirem em responder no melhor momento para eles, a pressão para uma resposta imediata é menor, podendo ele, portanto, pensar e elaborar as respostas com calma.

Diante da exigência da banca da qualificação em implementar entrevistas de caráter semi-estruturado, com a justificativa de que seria uma coleta mais enriquecedora para o estudo, uma vez que o entrevistado fica mais a vontade para dialogar, conversar, discutir e debater o assunto apenas guiando-se por um roteiro que serviria de base para a entrevista, acatei tal sugestão com a certeza de que a entrevista certamente contribuiria de maneira significativa, mas já prevendo algumas dificuldades para se ter êxito nesta atividade que, neste caso, representava grande desafio para mim.

Sendo assim, através da observação feita por Minayo (2010) de que a combinação de dois métodos pode ser o ideal em uma pesquisa qualitativa, não tive dúvidas de que eu deveria permanecer com a ideia de aplicar, além da entrevista, os questionários, pois estes têm “um lugar de complementariedade em relação às técnicas de aprofundamento qualitativo” (MINAYO, 2010, p.268).

A postura da banca em sugerir a aplicação da entrevista vai ao encontro do que Poupert afirma a respeito deste método: “A entrevista permite uma exploração em profundidade das condições de vida dos atores, ela é vista como um instrumento privilegiado para denunciar, de dentro, os preconceitos sociais, as práticas discriminatórias ou de exclusão, e as iniquidades [...]” (POUPART, 2014, p.220).

Assim, a aplicação de entrevista semi-estruturada, “que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (MINAYO, 2009, p.64) foi escolhida como um dos importantes métodos de coletar os dados para esta pesquisa, apesar da maior dificuldade que ela parece apresentar, como foi destacado por Goldenberg: ao utilizá-la, “o pesquisador fica na dependência do pesquisado: se quer ou não falar, que tipo de informação deseja dar e o que quer ocultar” (GOLDENBERG, 2004, p.54).

2.3.2 Público participante

Conforme determinação da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, fez-se necessário passar por todos os trâmites obrigatórios a fim de ter a aprovação e a autorização para a realização da coleta dos dados, através do acesso ao público participante, para o desenvolvimento do presente estudo. Recentemente a resolução em questão foi atualizada e tornou-se a resolução 466/2012, que igualmente orienta como um estudo pode ser conduzido de forma ética, ou seja, com segurança e respeito total às pessoas participantes.

Tal resolução diz respeito às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos¹². De acordo com a mesma, para ser implementada uma pesquisa que envolve este tipo de público, deve-se primeiramente ser apresentado o projeto da pesquisa ao comitê de ética a fim de ser verificado o real objetivo; o público participante; quais os possíveis riscos e benefícios, dentre outras questões.

¹²http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_E_NCEP2012.pdf. A resolução define os aspectos éticos da pesquisa envolvendo pesquisa com seres humanos; explica que deve ser aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido ao participante; determina que deve estar claro ao entrevistado os riscos e benefícios de participar dela; e por fim esclarece qual o protocolo que deve ser seguido pelo pesquisador para ter aprovação e autorização para a pesquisa ser realizada.

É comum pesquisas que são desenvolvidas na área de saúde envolverem seres humanos, sendo estes comumente o público alvo delas, e, portanto, ser exigido ao pesquisador passar por todos os protocolos previstos pela resolução, e somente após a aprovação pelo comitê de ética não só da universidade a qual o pesquisador está vinculado como também ao comitê da própria unidade de saúde que se constituirá como o campo de pesquisa, ser possível ter acesso ao público participante para assim, ser feito a coleta que irá contribuir com o estudo que se pretende realizar.

Para se ter a autorização formal a fim de se ter acesso ao público participante, e assim realizar a coleta dos dados através da aplicação do questionário bem como da aplicação de entrevistas semi-estruturadas, que é o caso do presente estudo, é necessário passar pelos protocolos previstos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Primeiro passo previsto pelo protocolo como requisito para submissão de um projeto ao comitê de ética é o pesquisador se cadastrar na Plataforma Brasil e seguir as orientações para o cadastramento, apresentando toda a documentação solicitada. Somente serão apreciados protocolos de pesquisa aqueles que forem devidamente lançados na Plataforma¹³.

Posteriormente a própria Plataforma Brasil direciona o projeto de pesquisa para ser avaliado pelo comitê de ética da universidade a qual o pesquisador está vinculado. No caso da presente pesquisa, a Plataforma encaminhou ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará¹⁴, e somente após avaliação e aprovação por parte deste comitê é que recebi o parecer favorável, que foi apresentado ao Comitê do campo de pesquisa – Gonzaguinha de Messejana, juntamente da documentação solicitada por eles, para que eu pudesse iniciar a aplicação dos questionários e entrevistas com o público participante¹⁵.

¹³<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf>.

¹⁴ O CEP/UECE é um órgão colegiado, interdisciplinar, de caráter consultivo, deliberativo e educativo do ponto de vista em ética em pesquisa, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Res. CNS n.º 196/96, II.4).

¹⁵ Foi solicitado pela Plataforma Brasil como requisito para o envio do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética da UECE, uma declaração da COGTES- Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, na qual ela afirma ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa, além de ter emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de

Findados os protocolos exigidos, todos devidamente cumpridos, no final de fevereiro do ano de 2016 eu ainda aguardava o parecer do CEP da UECE. Conforme o meu cronograma da pesquisa, deveria estar em campo para a coleta dos dados nos meses de março e abril, mas não poderia fazê-lo enquanto não estivesse de posse do parecer para enfim, apresentar ao Comitê da instituição onde eu iria aplicar a pesquisa, a fim de ter a autorização para tal. Ocorre que o projeto foi submetido ao CEP no dia 16 de novembro de 2015, e conforme orientação da Plataforma Brasil, caberia ao CEP da UECE fornecer o parecer em no máximo 45 dias. O CEP estava, portanto, com os prazos extrapolados, o que resultou no atraso inevitável de minha coleta.

Desta forma, somente na data 07 de março de 2016 recebi o parecer favorável por parte do Comitê de Ética da UECE, e em 18 de março pude dar início à coleta dos dados. Iniciei pelo primeiro passo que o pesquisador deve dar ao entrar no campo como entrevistador, conforme Minayo (2010): pela apresentação do estudo a uma pessoa de confiança, que, devido a este fato, deveria fazer a mediação necessária entre o entrevistador e os entrevistados a fim de facilitar o acesso até eles.

Diante do fato do público alvo desta pesquisa ser formado por profissionais que estão em seus plantões, normalmente bastante ocupados, somando a isso o fator de resistência a participarem por receio de se sentirem expostos, além de constrangidos pela fala e opinião que têm sobre o assunto, como também de acreditarem estarem sendo avaliados seus conhecimentos sobre a questão, enfim, sabia desde o princípio que necessitaria de tal mediação.

Assim, recorri à pessoa responsável pela Coordenadoria de Pesquisa e Publicação do Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa – CEAP/HDGMM, apresentei a proposta da pesquisa bem como o parecer favorável dado pelo comitê de ética para a coleta dos dados, e solicitei que ela fizesse tal mediação para facilitar meu acesso ao público a ser entrevistado. Vale ressaltar que se trata de pessoas que eu já conhecia enquanto assistente social que atua na instituição, no entanto eles não me conheciam como pesquisadora que está inserida no campo de pesquisa para coletar dados e informações que iriam enriquecer o estudo.

Fui apresentada à coordenação da sala de emergência obstétrica, conhecida como sala de parto, para que tomasse conhecimento do motivo de me encontrar ali no local, e assim facilitasse o acesso aos profissionais que participariam da pesquisa¹⁶.

Quanto à escolha daqueles que seriam entrevistados, certamente teria que optar pelos profissionais que costumam estar mais a frente deste serviço, atuando ativamente, de modo que provavelmente eles teriam mais a contribuir para o estudo devido às suas vivências e experiências nos atendimentos em questão.

Desta forma, o critério pela escolha do médico foi bem simples e objetivo: trata-se do único que não opta pela objeção de consciência, que recebe todo e qualquer caso de aborto legal desde que devidamente perpassado pelo fluxo de atendimento e por toda equipe responsável em preparar e acompanhar a paciente, e que age de tal forma porque entende “que o corpo é da mulher então a decisão pelo aborto é dela”. Ele é, portanto, a referência médica deste hospital para receber estas pacientes que desejam realizar o aborto legal, procedimento este que normalmente é direcionado e encaminhado a ele.

Já a escolha da enfermeira deveu-se principalmente pelo fato de esta realizar atendimentos a este público assim como todas as outras enfermeiras realizam, mas que tem como diferencial o fato de ter sido ela a escolhida pela coordenação do setor para viajar a Brasília – DF em agosto de 2015 a fim de participar de uma capacitação sobre o tema referente à violência sexual, o aborto legal e a importância da realização da coleta de vestígios promovida pelo Ministério da Saúde, da qual eu também pude participar representando o Serviço Social do Gonzaguinha de Messejana.

Este mesmo critério foi utilizado para a escolha da profissional da psicologia a ser entrevistada, que foi selecionada para ser capacitada em Brasília justamente pelo fato de encontrar-se atuando constantemente na sala de parto, e acompanhando inúmeras pacientes que procuram o serviço do aborto legal.

Quanto à profissional de serviço social, trata-se de uma assistente social que atua na sala de parto na grande maioria dos seus plantões, o que a faz bastante experiente no serviço em questão por realizar o acompanhamento das pacientes

¹⁶ Para ter acesso ao campo de pesquisa neste hospital como pesquisadora, era necessário ter um crachá fornecido pelo CEAP para fins de identificação, bem como uma carta de apresentação com informações referentes à pesquisa, como o título, o nome do aluno e do orientador, o número do parecer do Comitê de Ética, e a data de início e término da coleta de dados.

que são direcionadas para este setor a fim de realizarem o aborto legal, após concluído todos os procedimentos necessários para a interrupção da gravidez.

No que se refere aos dados pessoais e profissionais do público entrevistado, os quadros a seguir servem para ilustrar tais dados e informações concernentes aos entrevistados:

Quadro 1 - dados pessoais e profissionais do público entrevistado

DADOS PESSOAIS	MÉDICO	ENFERMEIRO	PSICÓLOGO	ASSISTENTE SOCIAL
Cor/raça/etnia	Branco	Parda	Parda	Negra
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	52	34	39	50
Orientação religiosa	Ateu	Católica	Espírita	Espírita
Estado civil	Casado	União estável	Solteira	Divorciada
Tem filhos?	Sim, 01	Sim, 01	Não	Sim, 03
Município reside	Fortaleza, no Meireles	Morada Nova	Fortaleza, no Mucuripe	Fortaleza, na Maraponga

DADOS PROFISSIONAIS	MÉDICO	ENFERMEIRO	PSICÓLOGO	ASSISTENTE SOCIAL
Formação	Medicina	Enfermagem	Psicologia	Serviço Social
Área de atuação	Sala de parto	Sala de parto	Sala de parto	Sala de parto
Atua há quanto tempo?	24 anos	01a e 03m	03 anos	04 anos

Fonte: Elaborado pela autora

Para a realização das entrevistas, após a apresentação da pesquisa, o objetivo dela e do que se tratava, posso dizer que não encontrei nenhuma resistência para tal, pelo contrário, todos demonstraram interesse pelo estudo e também em poder contribuir de alguma forma.

A fim de coletar todas as informações repassadas por eles durante nossa conversa, que durou entre 11 minutos e 30 minutos, foi necessário fazer uso do

gravador, e depois realizar a transcrição da entrevista para análise dos dados coletados.

Em relação à aplicação dos questionários, optei em utilizar como critério de inclusão na pesquisa enquanto participante aquele profissional que já realizou pelo menos um atendimento à pessoa em situação de violência sexual ou de aborto legal.

Primeiramente a ideia seria de aplicar o questionário com pelo menos cinco profissionais de cada categoria, no entanto, optei em não me restringir a este quantitativo de maneira que, sendo possível a aplicação de um número maior, eu faria objetivando obter maiores informações que provavelmente garantiriam um maior enriquecimento ao presente estudo.

Em relação à amostragem de uma pesquisa qualitativa, Deslandes (1999, p.43) afirma que este tipo de pesquisa “não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade”. Desta forma, minha maior preocupação não deveria ser com a quantidade de questionários aplicados, e sim com a qualidade das respostas que eu estaria obtendo. Martinelli (1999, p. 26) reforça tal questão quando ela diz que o mais importante “não é o número de pessoas que vai prestar a informação, mas o significado que esses sujeitos têm, em função do que estamos buscando com a pesquisa”.

Diferente dos profissionais escolhidos para serem entrevistados, uma parte considerável do público a quem eu solicitei responder o questionário de maneira a colaborar com o estudo que está sendo realizado não respondeu tão positivamente como esperava, principalmente da medicina e da enfermagem.

As assistentes sociais foram todas solícitas e responderam prontamente ao questionário, devolvendo de imediato ele respondido, e algumas após solicitarem alguns esclarecimentos sobre determinadas questões. Da mesma forma os psicólogos fizeram, colaborando de pronto, sem recusa ou demonstração de insatisfação ao terem que se dedicar alguns minutos para responderem ao questionário.

Já em relação às enfermeiras, tive dificuldade de encontrar alguém que se disponibilizasse a responder, uma vez que, de fato, eles exercem uma atividade da qual normalmente não dispõe de tempo para tal. Duas delas se comprometeram a participar, mas não devolveram o questionário conforme acordado após assinado o TCLE.

Quanto aos médicos, as reações foram bastante distintas. Duas pessoas aceitaram participar imediatamente, e tão logo devolveram o questionário respondido. Já outro solicitou devolver no dia seguinte pois ainda haviam muitos pacientes para serem atendidos. Um deles se recusou muito educadamente, explicando os motivos, e o principal dele dizia respeito a “não querer se comprometer”, e desejando boa sorte na continuidade da pesquisa.

No que se refere às técnicas de enfermagem, profissionais importantíssimas e necessárias para a garantia do bom funcionamento do setor e do bom atendimento às pacientes, optei em não tê-las como publico participante devido a não só a dificuldade que eu teria em ter acesso a elas, uma vez que elas estão constantemente em atividade, mas principalmente porque elas provavelmente encontrariam muita dificuldade em responder ao questionário devido ao nível de estudo que possuem (nível médio).

As reações foram as já esperadas. De uma maneira geral, percebi um certo desconforto devido o tema que estava sendo discutido. Trata-se ainda de um tabu, de algo que muitos não concordam, que vem acompanhado de más lembranças, e que meche com questões de ordem pessoal e particular. O desconforto em participar foi inclusive narrado por alguns após a entrega do questionário, ao afirmarem: “fiquei muito pensativa” e “fui pesquisar ainda sobre o assunto ao chegar em casa”, e outros até brincaram estar “traumatizados necessitando de apoio da psicologia”, fazendo referência ao que consta no TCLE como possível dano ao participante.

Os quadros a seguir são para ilustrar quem são os profissionais que participaram da pesquisa contribuindo, uns mais e outros menos, ao aceitarem responder o questionário após a assinatura do TCLE.

Importante ressaltar que, ainda em conformidade com o TCLE, os participantes não podem ser identificados para terem o sigilo de suas informações garantido, de forma a serem preservados de qualquer retaliação que porventura estivessem vulneráveis a sofrer devido o conteúdo que foi colocado por ele durante a coleta dos dados.

Dessa forma, para resguardar o participante, denominamos cada profissional pela inicial de sua formação, e um algarismo identificador.

Quadro 2 - Dados referentes aos médicos participantes

DADOS PESSOAIS	M1	M2	M3	M4	M5
Cor/raça/etnia	Branca	Branca	Parda	Branco	Pardo
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino
Idade	31	40	30	56	54
Orientação religiosa	Católica	Católica	Cristã	Cristão	Nenhuma
Estado civil	Solteira	Casada	Casada	Casado	Casado
Tem filhos?	Não	Sim, 03	Não	Sim, 02	Sim, 03
Município que reside	Fortaleza, no Bairro de Fátima	Fortaleza, Guararapes	Fortaleza, na Messejana	Fortaleza, no Pres.Kennedy	Fortaleza, no Meireles
Atua há quanto tempo?	02 anos	11 anos	01 ano	12 anos	23 anos

Fonte: Elaborado pela Autora

Quadro 3 - Dados referentes às enfermeiras participantes

DADOS PESSOAIS	E1	E2	E3	E4
Cor/raça/etnia	Parda	Amarela	Parda	Parda
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	29	58	42	30
Orientação religiosa	Católica	Evangélica	Católica	Católica
Estado civil	Casada	Casada	Casada	Solteira
Tem filhos?	Não	Sim, 02	Sim, 02	Não
Município que reside	Fortaleza, no Parque St ^a Rosa	Fortaleza, Messejana	Fortaleza, no Mondubim	Fortaleza, no Centro
Atua há quanto tempo?	02 anos e 03 meses	11 anos	01 ano	03 anos

Fonte: Elaborado pela Autora

Quadro 4 - Dados referentes aos psicólogos participantes

DADOS PESSOAIS	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Cor/raça/etnia	Branca	Parda	Parda	Parda	Branco	Parda
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino
Idade	35	47	39	28	33	52
Orientação religiosa	Católica	Espírita	Espiritualista	Espiritualista	Católico	Católica
Estado civil	Casada	Casada	Solteira	Solteira	União estável	Solteira
Tem filhos?	Sim, 01	Sim, 02	Não	Não	Sim, 01	Não

Município que reside	Fortaleza, na Cidade 2000	Fortaleza, no Luciano Cavalcante	Fortaleza, na Aldeota	Fortaleza, no bairro de Fátima	Fortaleza, no Cambeba	Fortaleza, na Cidade dos Funcionários
Atua há quanto tempo?	04 anos	01 ano	01 ano e 03 meses	01 ano e 03 meses	01 ano e 03 meses	03 anos

Fonte: Elaborado pela Autora

Quadro 5 - Dados referentes às assistentes sociais participantes

DADOS PESSOAIS	A1	A2	A3	A4	A5	A6
Cor/raça/etnia	Parda	Negra	Parda	Branca	Parda	Branca
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	42	Não colocou	37	41	43	42
Orientação religiosa	Cristã	Católica	Católica	Católica	Católica	Católica
Estado civil	Divorciada	Solteira	Solteira	Casada	Solteira	Solteira
Tem filhos?	Sim, 02	Sim, 01	Não	Sim, 02	Não	Sim, 03
Município que reside	Fortaleza, no Mondubim	Fortaleza, na Cidade dos Funcionários	Fortaleza, no Curió	Fortaleza, na Maraponga	Caucaia, no Icarai	Fortaleza, no Parque Dois Irmãos
Atua há quanto tempo?	10 meses	23 anos	07 meses	09 meses	08 anos	01 ano

Fonte: Elaborado pela Autora

Os dados coletados através das entrevistas semi-estruturadas bem como da aplicação dos questionários, serão analisados nos capítulos seguintes, no cumprimento do objetivo primordial desta pesquisa, que é investigar como pensam e agem os profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional responsável em atender mulheres vítimas de violência sexual que desejam realizar o aborto legal no Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana.

3 O ABORTO LEGAL E A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Para entender como o aborto legal é visto e compreendido pelos profissionais que atuam em um hospital de referência nesse serviço e quais as repercussões dessa prática em relação às mulheres que procuram atendimento médico, faz-se necessário comentar as categorias teóricas subjacentes à realidade em estudo, contextualizando-as, de maneira a facilitar a compreensão do que a presente pesquisa propõe.

3.1 ELEMENTOS HISTÓRICOS

Um evento importante que marcou o início dos encontros entre os países do mundo todo em prol de discutir e pensar questões e ações direcionadas às mulheres aconteceu em 1979, com a Conferência Mundial de Direitos Humanos. Trata-se de uma Assembléia das Nações Unidas que aprovou e passou a adotar a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher. Foi, de fato, um divisor de águas na história dos direitos femininos e um passo importantíssimo para o reconhecimento dos direitos da mulher como direitos humanos¹⁷.

Em 1984, essa Convenção foi assinada pelo Brasil, que se comprometeu a promover a erradicação da discriminação contra a mulher e a garantir a igualdade de direitos entre mulheres e homens (TELES E MELO, 2002).

No entanto, a situação só começou a mudar de forma consistente após a Conferência Mundial de Direitos Humanos que aconteceu em Viena, em 1993. A partir dessa Conferência as mulheres passaram de requerentes a titulares de direitos e, ao mesmo tempo, a violação de seus direitos, mesmo ocorrendo no âmbito privado, foi reconhecida como ofensa aos direitos humanos, cabendo ao Estado garantir segurança e proteção às suas vidas (TELES E MELO, 2002).

Outro momento de relevância para reafirmar e reforçar o respeito aos direitos da mulher como direitos humanos, com ênfase na questão da violência como ofensa à dignidade humana e manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres, aconteceu em Belém, no Estado

¹⁷ Disponível em <http://www.dw.com/pt/1979-conven%C3%A7%C3%A3o-da-onu-contra-discrimina%C3%A7%C3%A3o-de-mulheres/a-5033580>. Acesso em outubro de 2015.

do Pará, no ano de 1994, com a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher¹⁸. Trata-se de um marco, principalmente no que se refere à conceituação de violência e a forma como esta pode se apresentar e ser combatida.

O governo brasileiro reconheceu, desde a Conferência de Viena (1993), a Convenção de Belém do Pará (1994), e também a Conferência Internacional da ONU sobre população em desenvolvimento, em Cairo/Egito (1994), e em Pequim/China (1995), os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como direitos humanos. Desde então vêm sendo assumidos compromissos para garantir tais direitos (BRASIL, 2005).

Um desses cuidados pode ser representado pela questão do aborto, pois em 2005 o governo brasileiro teve a preocupação de lançar, através do Ministério da Saúde, uma norma técnica visando apoiar e orientar profissionais e serviços de saúde responsáveis pela realização do procedimento, ao reconhecer que o aborto realizado em condições inseguras é importante causa de morte materna (BRASIL, 2005).

Desde que, em 1995, o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas classificou a violência sexual como um “problema de saúde pública”, em 1996 a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO criou a Comissão Nacional Especializada de Violência Sexual e Interrupção da Gestaçã Prevista em Lei (ANDALRAFT NETO, 2004).

Da mesma forma, o Ministério de Saúde também reconhece a violência sexual como violação dos direitos humanos e como questão de saúde pública, pois entende que se trata de “uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes.” (BRASIL, 2012, p.9).

A problemática da violência contra a mulher tem sido reconhecida por entidades ligadas aos direitos humanos e organismos internacionais, a exemplo da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), como um problema de saúde pública, diante da relevância da questão e das imbricações que ela comporta (OLIVEIRA et al., 2005). Em relação a isso, Teles e Melo (2002) afirmam:

¹⁸ Disponível em <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Acesso em outubro de 2015.

Os tratados internacionais que o Brasil ratifica, além de criarem obrigações para o Brasil perante a comunidade internacional, também originam obrigações internas, gerando novos direitos para as mulheres, que passam a contar com uma última instância internacional de decisão, quando todos os recursos disponíveis no Brasil falharem na realização da justiça (TELES E MELO, 2002, p.62).

No Brasil, já na década de 1960, através do movimento feminista, temas que até então permaneciam no âmbito privado, como a sexualidade e os usos dos corpos das mulheres, passaram a demandar que o Estado incorporasse, por meio de políticas públicas, as reivindicações desse público, sendo prioritária a questão da violência. Mota (2010, p.57) ressalta a importância desse movimento: “A violência praticada por homens contra mulheres é uma das manifestações mais perversas da dominação masculina, contra a qual o movimento feminista realiza, há décadas, denúncias e lutas”.

Foi a partir daí que começaram a ser criadas as primeiras delegacias de atendimento especializado à mulher, em 1985 (VILLELA E LAGO, 2007). Antes disso, já no início da década de 1980, surgiram várias organizações de apoio à mulher vítima de violência, sendo a primeira em 1980, o SOS Mulher, em São Paulo. Em 1985 foi criado o Conselho Nacional do Direito da Mulher, no governo do Presidente Sarney, e em agosto do mesmo ano foi criada a primeira Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, sendo instaladas mais 152 nas mais diversas regiões do país, pouco depois (OSTERNE, 2008, p.120). Teles e Melo (2002, p.101) destacam a criação da primeira casa-abrigo, que aconteceu em 1986, e que “estava longe de corresponder aos modelos ideais, mas foi uma iniciativa promissora”.

Osterne (2008, p.170) destaca que a chegada dos anos 1990 trouxe consigo “ações e formas de abordagem para o problema da violência doméstica e de gênero no Brasil”. Ela destaca que é possível observar nesse período “significativos avanços legislativos, a criação de mecanismos institucionais e a implantação de algumas políticas públicas destinadas à promoção da igualdade de gênero no país”.

Avanços recentes na atenção ao enfrentamento à violência contra a mulher são: a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, e a criação da Central de Atendimento – Ligue 180, em 2005; em 2006, a implementação da Lei Maria da Penha; em 2007, a promulgação do Pacto Nacional

de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, e em 2013, a criação do Programa Mulher: Viver Sem Violência¹⁹.

Após as Conferências das Nações Unidas das quais o Brasil é signatário²⁰, tornou-se reconhecido que “a autodeterminação reprodutiva e sexual é parte integrante, inalienável e indivisível dos direitos humanos e nenhuma mulher deve ser sujeita à violência de gênero ou à gravidez forçada” (VIEIRA, 2012, p.1). Desde então, o governo brasileiro reconhece que deve garantir a saúde sexual e reprodutiva da mulher, e que o aborto inseguro deve ser tratado de forma humana e solidária.

Em relação ao aborto legal, recentemente tem-se obtido avanços consideráveis, devido não somente ao reconhecimento da relevância do tema pelo governo brasileiro, mas também pela mobilização de vários setores da sociedade brasileira, como apontam Duarte et al. (2009). Têm papel relevante nesse processo, segundo os autores, os operadores da justiça.

Foi somente na década de 1980 que, oficialmente, realizaram-se os primeiros atendimentos no serviço público de saúde brasileiro (SOARES, 2003), apesar do Código Penal de 1940, no artigo 128, já prever a possibilidade da realização do aborto, sem punição do médico, em duas situações: quando a gestação é resultante de violência sexual e quando a mulher corre risco de morte²¹.

O primeiro serviço de atendimento ao abortamento previsto em lei, segundo Soares (2003), passou a acontecer em 1989, quando foi implantado no Hospital Municipal Dr. Arthur Saboya, conhecido como o Hospital de Jabaquara, em São Paulo. A partir dele, outros hospitais em diversas cidades iniciaram a organização da equipe técnica e de sua estrutura para realizar tal atendimento.

¹⁹ A Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres traz conceitos, princípios e ações de combate à violência baseando-se em normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional; já o Pacto Nacional propõe estratégias de gestão para articular ações, e o Programa traz ações voltadas para a humanização do atendimento às mulheres em situação de violência e integração dos serviços através de seis eixos.

²⁰ A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994, e a Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, em 1995.

²¹ Recentemente, em 2012, houve o acréscimo da terceira situação em que o aborto é permitido por lei, previsto no Código Penal, na qual o médico pode realizar o procedimento sem ser punido judicialmente: em situações comprovadas de bebê anencéfalo, desde que haja dois pareceres técnicos assinados por dois médicos diferentes, analisados por um juiz encarregado de autorizar ou não a realização do procedimento, a qualquer momento da gestação. Importante ressaltar que, em caso de estupro não é preciso autorização judicial para interromper a gestação até a 20ª semana, se o peso fetal for menor do que 500 gramas. Disponível em <http://papodehomem.com.br/estupro-aborto-legal-dor-em-dobro/>. Acesso em agosto de 2014.

A autora reforça alguns acontecimentos no Brasil, naquela época, que serviram para impulsionar, depois de tanto tempo desde o Código Penal, finalmente, a implementação da assistência ao aborto. São eles: a atuação do movimento feminista na discussão do abortamento, no contexto dos direitos reprodutivos; as Conferências de Cairo (1994), e de Pequim (1995), que consolidaram os direitos reprodutivos e sexuais, o apoio da FEBRASGO, que vem contribuindo, sobretudo, na sensibilização e adesão de médicos obstetras, e a iniciativa do Ministério da Saúde, que já elaborou três normas técnicas relevantes para o melhor atendimento a esses casos, inclusive para legitimar tais atendimentos previstos em lei (SOARES, 2003).

Os quadros a seguir servem para ilustrar as situações históricas ocorridas a nível mundial e no país que contribuíram para as mudanças mais significativas no que diz respeito à atenção dada pelos governantes e pela sociedade para as pessoas que vivenciam situações de violência:

ELEMENTOS HISTÓRICOS	
1979	Conferência Mundial de Direitos Humanos
1984	Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher
1993	Conferência Mundial de Direitos Humanos, em Viena
1994	Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher
1994	Conferência Internacional da ONU sobre população em desenvolvimento em Cairo, Egito
1995	Conferência Internacional da ONU sobre população em desenvolvimento em Pequim, China
1995	Conselho Econômico e Social das Nações Unidas classificou a violência sexual como um “problema de saúde pública”

ACONTECIMENTOS HISTÓRICOS NO BRASIL	
1980	SOS Mulher, em São Paulo - SP
1985	Criação da primeira delegacia de atendimento especializado à mulher
1985	Conselho Nacional do Direito da Mulher
1986	Criação da primeira casa-abrigo
1989	Criação do primeiro serviço de atendimento ao abortamento previsto em lei
Anos 1990	Implantação de políticas públicas significativas direcionadas a esta questão e a este público
2005	Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres
2005	Criação da Central de Atendimento – Ligue 180
2006	Lei Maria da Penha
2007	Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres
2013	Programa Mulher: Viver Sem Violência

3.2 LEGISLAÇÃO E NORMAS TÉCNICAS

Em 24 de novembro de 2003, foi promulgada a Lei nº 10.778, determinando que todo e qualquer caso referente à violência contra a mulher deve ser notificado compulsoriamente, quando a violência for constatada durante atendimento em serviços de saúde, públicos ou privados, como também quando os profissionais de saúde suspeitarem de que a mulher fora vítima de violência e precisou ser atendida. Para tal, o Ministério de Saúde dispõe de uma ficha padrão para o registro das informações, seja o caso de violência confirmado ou não²².

Por conseguinte, em território nacional, toda unidade de saúde que se deparar com alguma situação de violência, tanto em casos explícitos como nos suspeitos, o profissional que atender a vítima deve proceder com o preenchimento da ficha de notificação, conforme estabelecido em lei. Em casos de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve obrigatoriamente ser encaminhada aos Conselhos Tutelares e/ou outras autoridades competentes. É o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) o responsável por receber tais dados e, assim, possibilitar a implementação de políticas públicas com vistas a um melhor atendimento a esse público, além de possibilitar às instituições requererem mais recursos destinados a esse tipo de atendimento.

Ainda no tocante à legislação concernente à violência sexual e ao aborto legal, é possível observar que no governo vigente vêm sendo tomados alguns cuidados. No ano de 2013, foram sancionados pela presidenta Dilma Rousseff quatro novas leis e resoluções decisivas na tentativa de atender à mulher conforme determinam as normas técnicas elaboradas pelo Ministério da Saúde.

Em 13 de março de 2013, a presidenta sancionou o Decreto nº 7.958, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimentos do Sistema Único de Saúde. Pouco depois, em 1º de abril do mesmo ano, o Ministério de Saúde publicou a Portaria nº 528, que define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde.

²² Vale ressaltar que, recentemente, vem sendo discutida a ideia de se tornar obrigatória a notificação compulsória não só nos serviços de saúde, como também em outros estabelecimentos, como da educação e da assistência social.

Através desse documento foram definidas ações em saúde que devem ser empenhadas para cada público diferenciado: mulheres, crianças, adolescentes, homens, pessoas idosas, e interrupção da gravidez, sendo de responsabilidade da Rede de Atenção à Saúde em cada região cumprir com tais obrigações, existindo competências específicas para cada secretaria de saúde dos estados e dos municípios.

Em 1º de agosto de 2013, a presidenta Dilma Rousseff sancionou a Lei nº 12.845, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral a pessoas em situação de violência sexual, determinando, em seu parágrafo primeiro, que os hospitais devem oferecer às vítimas atendimento emergencial, integral e multidisciplinar. Tal atendimento visa ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes da violência sexual, e ao encaminhamento da vítima aos serviços de assistência social, quando for o caso²³. Essa última lei pode ser interpretada como uma tentativa de fazer valer, de forma obrigatória e definitiva, uma das três Normas Técnicas já elaboradas pelo Ministério da Saúde relativas à violência sexual e ao aborto legal: Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, lançada primeiramente em 1999, atualizada e ampliada em 2012.

Esse documento funciona como um manual de como o atendimento a esse público deve ocorrer, desde a organização da atenção com a instalação física adequada, contando com determinados recursos humanos, equipamentos e instrumentais, até as normas gerais de atendimento, ressaltando aí os aspectos éticos e legais; como tratar doenças sexualmente transmissíveis e como devem ser os procedimentos de interrupção da gestação prevista em lei.

Conforme Teles e Melo (2002, p.43), tal documento “alerta para sequelas físicas e psicológicas produzidas pela violência sexual e informa que a maioria dos serviços de saúde não está preparada para diagnosticar e tratar da violência sexual”.

Desta forma, a Norma Técnica pretende:

²³ Em junho de 2014, foi submetido para aprovação na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 6.033/2013, que propõe mudanças significativas na Lei 12.845, chegando a alterar o conceito de estupro, e restringindo consideravelmente o atendimento às vítimas de violência. Outro retrocesso é o projeto de Lei nº 478/2007, referente ao Estatuto do Nascituro. Em relação a este último, Drezett (2014) afirma: “Se for aprovado, o Brasil será o país mais atrasado, conservador e limitado no mundo em direitos reprodutivos”. Disponível em <http://www.cartacapital.com.br/blogs/outras-palavras/aborto-nova-tramoia-dos-fundamentalistas-4177.html>. Acesso em agosto de 2014.

Auxiliar profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada nos casos de violência, bem como garantir o exercício pleno dos direitos humanos das mulheres, base em uma saúde pública de fato universal, integral e equânime. (BRASIL, 2012, p.10).

Ela visa, portanto, normatizar o atendimento na rede pública de saúde das mulheres vítimas de violência sexual, esclarecendo padrões para o atendimento às usuárias, também nos casos de aborto (TELES E MELO, 2002).

Em seguida, foi lançada, ainda pelo Ministério da Saúde, no ano de 2005, a norma técnica intitulada “Atenção Humanizada ao Abortamento” e, em 2009, um documento que busca sintetizar 20 anos de pesquisas sobre aborto com mulheres que buscam o serviço público de saúde para hospitalizações, denominado “Aborto e Saúde Pública no Brasil: 20 anos”.

As normas técnicas lançadas pelo Ministério de Saúde, na primeira década dos anos 2000, mostram que esse Ministério vinha cumprindo com o seu papel de normatizador, visando garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, conforme pacto firmado após as citadas Conferências. Além disso, é nítido o reconhecimento, pelo governo brasileiro, da realidade de que o aborto realizado em condições inseguras é importante causa de morte materna, sendo, portanto, necessárias tais normas e guias para se evitar esse problema de saúde pública.

Preocupada com os médicos que atendem às mulheres vítimas de violência sexual que desejam a realização do aborto, mais especificamente os tocoginecologistas, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) publicou, em 2004, um manual de orientação chamado “Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei”. Isto porque percebeu que “muitas das ações já eram conhecidas e praticadas por um número expressivo de profissionais, no entanto havia ainda um grande contingente de médicos não familiarizados com as rotinas e com as profilaxias necessárias” (ANDALRAFT NETO, 2004, p.12).

Tal documento foi de suma relevância, uma vez que estava definido pela Norma Técnica lançada primeiramente em 1999 que, em toda a equipe multiprofissional e interdisciplinar que deveria atuar na realização do aborto ético, o médico era o único profissional que não poderia deixar de estar presente, pois, com

sua ausência, o atendimento seria inviabilizado. Ele deveria estar, portanto, devidamente capacitado para exercer a função que só cabe a ele.

Além disso, quando não só o médico, mas os demais profissionais estão devidamente capacitados e sensibilizados para fazer o atendimento a essas mulheres, conforme as normas técnicas é provável que não sejam revitimizadas e violentadas no local onde procuraram acolhimento e resolução para o problema da gravidez indesejada.

Ainda no que se refere à legislação concernente ao tema em questão, deve ser dado destaque à Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha. Ela define que a violência doméstica contra a mulher é crime e aponta formas de evitar, enfrentar e punir a agressão. A lei indica ainda a responsabilidade que cada órgão público tem para ajudar a mulher que está sofrendo a violência e confere poder aos juízes para que estes concedam medidas protetivas de urgência a essa mulher que as solicita ao entender que corre o risco de morrer. Trata-se, definitivamente, de um grande avanço na proteção à vítima e na responsabilização do agressor que comete o crime²⁴.

Em 30 de agosto de 2013, outro decreto foi feito objetivando “integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência, mediante a articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira”. Trata-se do Decreto nº 8.086, que instituiu o Programa Mulher: Viver Sem Violência, que é composto por seis eixos de ações voltadas para a humanização do atendimento às mulheres em situação de violência e para a integração dos serviços.

Em seguida foram publicadas duas portarias, a de nº 485 de 1º de abril de 2014 que busca redefinir o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde, e a de nº 618, de 18 de julho de 2014, que organiza a tabela de serviços especializados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, a fim de serem recebidos os recursos necessários para garantir tal atendimento específico.

Uma Portaria recente, de 25 de março de 2015, estabelece as orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência

²⁴ Informações retiradas de cartilha “Viver sem violência é direito de toda mulher – entenda a Lei Maria da Penha”, elaborada pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, do Governo Federal, em abril de 2015.

sexual pelos profissionais de segurança pública quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se da Portaria nº 288/2015, que vem para determinar que a coleta de vestígios não seja, a partir de sua publicação, uma responsabilidade exclusiva dos profissionais que atuam na segurança, nos institutos médico-legais, mas passe a ser um cuidado também dos profissionais que atuam nos hospitais, devendo estar, todos, devidamente capacitados para tal.

Em 30 de dezembro de 2015 foi decretada pela presidenta Dilma a lei nº 13.239/2015 que dispõe sobre a oferta e a realização, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher. Através desta lei, os hospitais e os centros de saúde pública, ao receberem vítimas de violência, devem informá-las da possibilidade de acesso gratuito à cirurgia plástica para reparação das lesões ou sequelas de agressão comprovada, devendo para tal, a mulher vítima de violência grave que necessitar de cirurgia apresentar o registro oficial de ocorrência da agressão aos profissionais que lhe atenderem na unidade de saúde.

Leis, decretos e portarias, bem como normas técnicas regulamentadoras dos serviços, referentes à organização do atendimento à pessoa que sofre uma violência, no aparato do Estado e da rede para acolher a vítima, bem como na organização dos cuidados necessários a serem tomados, cada vez mais detalhados, especificados e em número significativo, demonstram uma preocupação do governo atual com o assunto. Permanecem a discussão e o debate por parte da sociedade e da mídia de uma maneira geral.

Os quadros a seguir foram elaborados com o objetivo de ilustrar as legislações existentes formuladas em sua maioria pelo governo atual, bem como as normatizações lançadas pelo Ministério de Saúde, em diferentes gestões, no que diz respeito à atenção direcionada às pessoas que vivenciam situações de violência, no intuito de regulamentar este atendimento:

Quadro 6 – Legislações brasileira lançadas pelo Ministério da Saúde

LEGISLAÇÕES BRASILEIRAS		
2003	Lei nº 10.778	Notificação compulsória de toda e qualquer situação de violência ou suspeita
2013	Decreto nº 7.958	Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimentos do Sistema Único de Saúde
2013	Portaria nº 528	Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde
2013	Lei nº 12.845	Atendimento obrigatório e integral a pessoas em situação de violência sexual
2013	Decreto nº 8.086	Programa Mulher: Viver Sem Violência
2014	Portaria nº 485	Busca redefinir o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde
2014	Portaria nº 618	Organiza a tabela de serviços especializados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
2015	Portaria nº 288	Organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde
2015	Lei nº 13.239	Dispõe sobre a oferta e a realização, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher

Quadro 7 - Normatizações Brasileiras Elaboradas Pelo Ministério da Saúde

NORMATIZAÇÕES BRASILEIRAS ELABORADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE	
1999	Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes
2004	Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei
2005	Atenção Humanizada ao Abortamento
2009	Aborto e Saúde Pública no Brasil: 20 anos
2012	Atualização da Norma Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes

3.3 DADOS ESTATÍSTICOS DE PESQUISA DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO – SINAN

Os dados estatísticos sobre a violência contra a mulher, especificamente sobre o aborto, são importantes para fornecer uma noção, através de números,

dessa realidade no estado, no país e no mundo. Através deles é possível conhecer, de maneira concreta, a realidade que se apresenta na atualidade.

Sobre o aborto, sabe-se que não se trata de algo novo ou recente, pois existe desde a Antiguidade, conforme afirma Meira e Ferraz (1989). Os autores mostram que os hebreus já dispunham de artigos em seus códigos de leis que puniam aqueles que realizassem o aborto. Já no Império Romano o aborto não era considerado crime no início, pois entendiam que o feto era tido como parte integrante do corpo materno, e somente com o advento do Cristianismo passou a ser definitivamente proibido. No Brasil não foi diferente, uma vez que desde sempre se praticou o aborto, mesmo que clandestinamente.

A história mostra, portanto, que o aborto foi uma prática social constante, independentemente de ser liberado ou proibido, e hoje constitui como um dos mais sérios problemas de saúde pública no nosso país devido a se configurar como a quinta causa de mortalidade materna. Devido à nossa legislação ser restritiva no que se refere às três situações em que se pode fazer o aborto, e pela grande dificuldade de acesso ao aborto legal através da rede pública de saúde, muitas mulheres ainda recorre a clínicas clandestinas para realizar o procedimento.

Segundo Dip (2013), no Brasil é realizado por ano um milhão de abortos clandestinos, e ocorrem cerca de 250 mil internações por complicações do aborto realizado inadequadamente e em condições precárias. No mundo, são vinte milhões de abortos sendo realizados e ocorrem, em consequência deles, cerca de 70 mil mortes todos os anos. Outro dado alarmante é o de que, a cada dois dias, uma brasileira morre vítima do aborto inseguro.

A autora ainda ressalta que a brasileira que morre nesses dados estatísticos é somente a pobre. A mulher que tem boas condições financeiras realiza o procedimento em clínicas clandestinas, mas nada inseguras, se utilizando de equipes bem preparadas, com técnicas avançadas e adequadas, pagando um preço bastante elevado, diferentemente da mulher que não tem condições para tal, relatando como sendo um problema de desigualdade social, portanto. Conforme dados da ONU, 200 mil mulheres morrem anualmente no Brasil por causa de aborto de risco (LINS, 2012), sendo o aborto a causa de 15% de óbitos maternos no Brasil (FAÚNDES, 2004).

Segundo o Ministério de Saúde, entretanto, o SUS deve garantir essa assistência a qualquer mulher que procure o atendimento, estando ela enquadrada nas situações devidamente previstas pela lei.

Já se viu, através de estudos e pesquisas, que uma em cada cinco mulheres já fez pelo menos um aborto no Brasil (DIP, 2013), e uma entre quatro mulheres vivencia alguma situação de violência (CAVALCANTI, 2006). Sobre o perfil dessa mulher, a maioria delas tem entre 10 e 49 anos, sendo predominante a faixa etária de 20 a 29 anos, e prevalecem também mulheres que declaram ter uma união estável, e já possuem pelo menos um filho (BRASIL, 2009). Segundo o Ministério da Saúde, existem 65 serviços disponíveis para a realização do aborto legal, em 26 Estados do país, no entanto, conforme o Programa Superando Barreiras²⁵, o país conta atualmente com 37 hospitais com serviço do aborto legal estruturado e funcionando adequadamente.

Conforme o estudo “Estupro no Brasil: uma radiografia segundo dados da Saúde”, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, tendo como base o Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, 67,4% das mulheres estupradas não tiveram acesso ao aborto legal na rede pública no ano de 2011²⁶. Em relação a essa questão, estima-se que, a cada ano no Brasil, 0,26% da população sofra violência sexual, o que significa que existem 527 mil tentativas ou casos de estupro no país. Destes casos, apenas 10% são reportados à polícia, e 7% resultam em gravidez.

Naquele ano de 2011, foram notificados no SINAN 12.087 casos de estupro no Brasil, sendo importante ressaltar que a pesquisa mostra que esses dados se referem somente àqueles notificados, ou seja, casos em que as vítimas deram entrada em alguma unidade pública de saúde e foram devidamente atendidas.

Desses casos, 89% das vítimas eram do sexo feminino, sendo 70% delas crianças e adolescentes. Em relação às mulheres adultas que engravidaram após o estupro, 19,3% fizeram aborto legal, o que significa um total de 1.504 abortamentos

²⁵O Superando Barreiras é um projeto criado pelo Ministério da Saúde para promover serviços de atendimento integral à mulher que sofre violência sexual, incluindo a interrupção legal da gravidez, de forma que esse atendimento ocorra sem obstáculos para as usuárias. O objetivo é promover capacitação, treinamento e sensibilização dos profissionais que atuam em hospitais que dispõem do serviço de atendimento a mulheres que sofrem violência, além de realizar o monitoramento desses serviços.

²⁶ Artigo disponível em <http://papodehomem.com.br/estupro-aborto-legal-dor-em-dobro/>. Acesso em agosto de 2014.

legais no Brasil, em 2011, na rede pública de saúde. Já em 2012, foi realizado um total de 1.625 procedimentos, e em 2013, até o mês de novembro, 1.400.

Já no Ceará, dados mostram um total de 514 estupros contra as mulheres em 2012; 536 em 2013, e 324 até agosto de 2014, das quais, registrados 80 casos somente na Capital Fortaleza, de janeiro a agosto de 2014. Conforme a pesquisa, nove mulheres são vítimas de estupro por semana no Ceará (Jornal O Povo, 2014). Em 2014 foram registrados 1.758 crimes sexuais no Ceará, ou seja, cinco casos por dia (Jornal O Povo, 2015).

Os dados mais atuais referentes ao estado do Ceará revelam uma realidade em que, no ano de 2015, a cada seis horas houve um caso de estupro. Neste mesmo ano, 1.580 pessoas foram vítimas de violência sexual no Estado, sendo 86% do sexo feminino. São cerca de quatro pessoas vítimas por dia. Desse número, quase 80% são crianças e adolescentes²⁷ (Jornal O Povo, 2016).

No ano de 2016, ano atual que nos encontramos, de janeiro ao mês de abril foram recebidas 495 denúncias de estupro no Ceará, um número maior que este mesmo período no ano anterior. Somente em Fortaleza, no ano de 2015 houve 483 casos, e até abril deste ano, foram 147.

No campo deste estudo, o total de atendimentos realizados a pessoas vítimas de violência sexual, tanto crianças, adolescentes como mulheres, no ano de 2014 foi 75 e em 2015, um total de 73 casos, enquanto que o quantitativo de aborto legal realizado em 2015 foi relativamente maior que em 2013 – 08, e em 2014 – 08, sendo 14 no total.

Os dados estatísticos e as pesquisas sobre o assunto mostram um número alarmante de casos de violência contra a mulher e de aborto, este muitas vezes resultante de uma violência, mostrando que, de fato, trata-se de um grande problema de saúde pública no nosso país e no mundo, devendo ser combatido pelo Estado e por toda a sociedade.

²⁷ Estes dados foram fornecidos pela Secretaria Estadual da Segurança Pública e Defesa Social (SSPDS), a partir de solicitação do Jornal O Povo.

3.4 O ABORTO LEGAL E A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: QUESTÕES DA ATUALIDADE

Diante dos dados mostrados pelos países que tem o aborto legalizado, ao se fazer um paralelo com aqueles em que o aborto é ilegal e, portanto, proibido, percebemos uma realidade diferenciada alusiva às mulheres que enfrentam uma gravidez indesejada, muitas vezes fruto de uma violência, e por isso procuram clínicas clandestinas.

Não somente no que diz respeito a questões referentes à mulher, mas nas mais diversas situações, podemos ver como a proibição ou a legalização do aborto repercute na sociedade como um todo, de uma maneira geral. Estudos e pesquisas indicam que são, em sua grande maioria, as nações com leis mais flexíveis as que resolveram melhor seus problemas sociais e econômicos²⁸. Segundo Roscoe e Zaidan (2008), “em geral, as nações que criminalizam o aborto são as que exibem o pior desempenho social, os maiores índices de corrupção e violência e também os mais altos níveis de desrespeito às liberdades individuais”.

Ainda segundo as autoras, que avaliam as diferenças apresentadas nas sociedades pelos países mais desenvolvidos e os menos desenvolvidos economicamente, a posição da mulher nos países com legislações mais flexíveis também é melhor, a diferença salarial entre os sexos é menor e o nível educacional elevado, o que garante equilíbrio nas relações de gênero. Além disso, a influência religiosa sobre a saúde reprodutiva é reduzida nos países mais desenvolvidos.

Países como França, Suécia, e Uruguai representando a América Latina, apresentam mudanças significativas após a legalização do aborto.

No Uruguai, a desistência em fazer um aborto subiu para 30% desde que foi permitida por lei a realização dele, que ocorreu no final do ano 2012. Tal fato demonstra que as consultas obrigatórias com a equipe interdisciplinar são efetivas a partir do momento em que a mulher necessita passar por todo um protocolo legal, que envolve tais atendimentos que esclarecem, orientam e ajudam na reflexão sobre

²⁸ Informação retirada da página do planeta sustentável, disponível em: http://planetasustentavel.abril.com.br/noticia/desenvolvimento/conteudo_283054.shtml?func=2. Acesso em março de 2016.

o assunto, e daí ela vem a desistir do procedimento, mesmo sendo permitida a realização dele²⁹.

A Suécia recentemente comemorou 40 anos de lei que regulamentou o procedimento do aborto e pôs fim à clandestinidade. Desde então, o país registra estabilidade tanto na taxa de abortos anuais quanto no crescimento da população³⁰. Desde que os procedimentos passaram a ser oficialmente contabilizados, o país mantém mais ou menos a mesma proporção de 18 a 21 abortos por mil habitantes, o que comprova que não é a legalidade do procedimento que faz obrigatoriamente que ele aumente. O que vem acontecendo no país desde então é que as mulheres passaram a ter o direito em recorrer ao aborto caso desejem, e elas agora o fazem em clínicas adequadas, sob o acompanhamento multiprofissional adequado, e não na clandestinidade, correndo risco de morrer ou de ter complicações graves.

Na França, que assim como a Suécia, há 40 anos descriminalizou o aborto e permite que a mulher opte pela interrupção da gestação se assim desejar, apresenta menos de uma morte por ano em consequência da prática do aborto. Além disso, realiza anualmente cerca de 220 mil interrupções de gravidez, e é um quantitativo que se mantém praticamente inalterado nas últimas décadas³¹.

Assim, através da análise que fazemos dos dados apresentados por estes países e pelos que proíbem a interrupção da gravidez, afirma-se que “quanto mais conservadoras as leis, mais alta a incidência de abortos”. Por isso diz-se que “proibir o aborto não detém sua prática; só o torna mais perigoso”³². Além disso, outro mito que costuma ser propagado em fóruns conservadores e religiosos, o de que o aborto legalizado e protegido funcionaria como um incentivo ao procedimento e uma ameaça aos nascimentos e à família, também passa a ser questionado.

Muito recentemente a discussão sobre o aborto no Brasil tornou-se ainda mais acirrada após uma epidemia de infestações pelo mosquito *aedes aegypti* responsável em transmitir o vírus da zika se instalar no país, e que este vírus estaria sendo o responsável pelo nascimento de crianças com microcefalia após a gestante ser infectada no primeiro trimestre gestacional.

²⁹ Disponível em: <http://www.pragmatismopolitico.com.br/2015/03/cresce-numero-de-mulheres-que-desiste-de-abortar-no-uruguai-apos-a-legalizacao.html>. Acesso em março de 2016.

³⁰ Disponível em: <http://www.pragmatismopolitico.com.br/2015/03/suecia-celebra-40-anos-de-descriminalizacao-do-aborto.html>. Acesso em março de 2016.

³¹ Disponível em: <http://www.pragmatismopolitico.com.br/2015/01/consequencias-dos-40-anos-da-legalizacao-aborto-na-franca.html>. Acesso em março de 2016.

³² Disponível em: <http://www.pragmatismopolitico.com.br/2016/01/aborto-o-moralismo-impotente-que-mata.html>. Acesso em março de 2016.

Devido a esta situação inédita, a sociedade e o país inteiro começaram a se mobilizar de maneira a impedir a transmissão do vírus da zika ao combater o mosquito *aedes aegypti*, e também começou a discutir e a considerar a possibilidade de legalizar a interrupção da gravidez ao ser visto que se tratava de uma criança com microcefalia. Médicos, estudiosos e pesquisadores sobre a questão discutiam e falavam sobre suas considerações, objetivando alertar a população sobre este surto, alguns até se apresentaram bastante radicais, declarando que as mulheres deveriam evitar uma gravidez neste período de incerteza quanto ao bebê nascer saudável ou não. Já outros defendiam abertamente a realização do aborto nestes casos, reacendendo a discussão sobre o tema.

O assunto entrou em pauta com a epidemia de zika vírus e as consequentes notificações de microcefalia. Estava previsto chegar ao Supremo Tribunal Federal (STF) uma ação que pede a descriminalização do aborto em casos como esse.

Enquanto que no Brasil as infestações por zika e o crescente e alarmante número de nascimento de bebês microcefálicos serviam de pavor e medo à população em geral, além de discussão sobre a possibilidade de realizar o aborto nestes casos, uma ONG na Holanda estava oferecendo pela internet pílulas gratuitas às mulheres grávidas infectadas com o zika vírus para que elas provocassem, se assim desejassem, um aborto medicinal seguro. Esta mesma ONG defendia a medida como uma alternativa ao aborto clandestino de risco realizado em países onde a prática é criminalizada³³.

Outra questão atual, e que é alvo de grande debate e até de manifestações, trata-se de um projeto de lei que tramita na Câmara dos Deputados, desde 2013, de autoria de Eduardo Cunha que, ao ser aprovado, modificaria a lei 12.845 que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Através deste PL, tais modificações na lei 12.845 atualmente em vigor acarretariam mudanças significativas no que se refere ao acesso das mulheres ao atendimento e cuidados médicos e assistenciais que elas necessitam após sofrerem uma violência.

A principal mudança diz respeito ao fato do medicamento contraceptivo conhecido como pílula do dia seguinte, que faz parte dos procedimentos profiláticos

³³ Disponível em: <http://www.pragmatismopolitico.com.br/2016/02/ong-holandesa-distribui-pilulas-do-aborto-gratuitas-para-gravidas-com-zika.html>. Acesso em março de 2016.

concernentes ao atendimento emergencial a pessoa violentada em até 72 horas, este passa a ser proibida a sua entrega por parte dos profissionais que a atendem. O PL tem como argumento a crença de que a pílula é abortiva, enquanto que esta interpretação, no entanto, é contestada pela ciência, que afirma que a pílula evita ou adia a ovulação, evitando, assim, a gravidez.

Desta forma, através desta alteração na lei ocorrida por este PL, nenhum profissional de saúde ou de qualquer instituição, em nenhum caso, poderá ser obrigado a aconselhar, receitar ou administrar procedimento ou medicamento que considere abortivo. Significa que, se a mulher tiver sofrido violência naquele dia, ou em até três dias – 72 horas – e ela procurar um serviço de saúde objetivando ter todos os cuidados garantidos e previstos por lei, e se deparar com um médico que entende que a pílula é abortiva, ele pode optar em não fornecer a ela, assim, ela não terá acesso à pílula e poderá engravidar sem ter desejado ou planejado, tendo, portanto, um bebê fruto da violência da qual foi vítima.

O PL possibilita inclusive ocorrer a proibição da venda da pílula do dia seguinte nas farmácias, uma vez que, sendo compreendido que se trata de um medicamento abortivo, o farmacêutico estaria “induzindo ou instigando a gestante a praticar aborto” ou “orientando ou instruindo a gestante sobre como praticar aborto”, cometendo, portanto, um crime conforme o que o PL diz³⁴.

Outra enorme mudança, que certamente acarretaria em dificultar o acesso das vítimas ao aborto nos casos de violência sexual é que, se o PL se tornar lei, para que o médico possa fazer o aborto, ele deve exigir exame de corpo de delito e comunicação à autoridade policial. Isto pode ser interpretado como um retrocesso porque muitas mulheres não conseguem ir a uma delegacia para comunicar o ocorrido, bem como fazer o exame, porque têm medo, sofrem ameaças, ou optam em não relatar à polícia por constrangimento e receio. Desta forma, ao obrigá-la para tal, é provável que ela deixe de buscar um serviço de saúde adequado conforme as determinações do Ministério de Saúde, e procure uma clínica clandestina e corra sérios riscos.

Devido a tantas mudanças sugeridas por este PL, ocorreram manifestações ao longo do ano de 2015, concentradas principalmente em São Paulo, na avenida paulista, tendo como participantes em sua maioria feministas e

³⁴ Disponível em: http://brasil.elpais.com/brasil/2015/11/12/politica/1447357721_656693.html. Acesso em março de 2016.

universitários, que lutavam em defesa dos direitos feministas e contra o machismo. Um dos movimentos contou com a presença de milhares de pessoas, tendo muitas mulheres carregando seus filhos. Muitas carregavam cartazes com frases como “o útero é meu”, “sim à pílula e não a Cunha”, “meu útero é laico”, “em meu corpo não há igreja ou estado”, “aborto é questão de saúde não de religião”.

O entendimento dos manifestantes é de que se trata de algo retrógrado e por demais conservador, que devido aos princípios religiosos implícitos neste PL, ele dificultaria mulheres de terem o atendimento adequado nos casos de violência sexual. Trata-se de um direito duramente garantido após muitas lutas e movimentos, além de manifestações históricas, que seria desconsiderado após o PL tornar-se lei no país.

Historicamente no Brasil as conquistas das mulheres são, em sua maioria, fruto de muita luta. O movimento feminista vivenciou pelo menos três grandes momentos que resultaram em importantes e significativas mudanças. Uma delas foi o direito ao voto, assim como também ao divórcio, educação e trabalho, que adveio das reivindicações das mulheres por direitos democráticos. Já no fim da década de 1960, o país foi marcado pela liberação sexual (impulsionada pelo aumento dos contraceptivos), e no fim dos anos 70, com a luta de caráter sindical³⁵.

Nos anos 80, as feministas embarcaram na luta contra a violência às mulheres e pelo princípio de que os gêneros são diferentes, mas não desiguais. Até hoje, essa luta em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como da descriminalização do aborto como um direito de cidadania e questão de saúde pública, é muito marcante e presente em nossa sociedade.

Atualmente o que se vê é uma luta travada por pessoas consideradas feministas com o intuito de alertar a sociedade de que, determinados comportamentos antes considerados aceitáveis, hoje já não o são, pelo fato de serem machistas, retrógrados, e conseqüentemente, reduzem mulheres a seres inferiores e menores somente por serem mulheres.

Pode-se perceber isso através da forma como a mídia apresenta as situações em que as mulheres são agredidas e até assassinadas por seus companheiros ou agressores desconhecidos, colocando como crimes bárbaros, e que são perpetuados de maneira a trazer indignação e inaceitação a todos.

³⁵ Disponível em <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2012/02/brasileiras-lutam-pela-igualdade-de-direitos>. Acesso em março de 2016.

Muito recentemente um crime que ocorreu no Rio de Janeiro trouxe enorme repercussão devido à forma como ocorreu, e à maneira como foi discutida e apresentada nas mídias sociais. Tratou-se de 30 homens terem dopado e estuprado uma menina de 17 anos, e gravado um vídeo que foi divulgado em redes sociais, e que foi debochado por vários que assistiram e comentavam sobre o acontecido. Tal fato serviu como alarme sobre como as mulheres estão ainda vulneráveis, e também, através da forma como repercutiu, sobre como a sociedade não vem mais tolerando de forma nenhuma, situações como essas.

Este acontecimento, que gerou enorme comoção nacional, resultou em reabrir a discussão sobre a cultura deste tipo de crime no país. Muitos se posicionaram discutindo questões de gênero, e afirmando “a culpa nunca é da vítima”, “seja qual for a roupa usada nenhuma mulher deve ser estuprada”, além de colocarem em sua foto de perfil de uma das redes sociais o logo “eu luto pelo fim da cultura do estupro”.

A discussão ampliou-se sobremaneira, e o tema em questão teve grande repercussão em jornais, televisão, e principalmente nas redes sociais. Podíamos ver pessoas falando sobre o feminismo, criticando o governo atual, outros tentando desmistificar porque a sociedade é machista e como de fato costuma fazer a mulher o próprio algoz da violência que foi vítima.

Com o intuito de favorecer um maior entendimento sobre o assunto em estudo, bem como de incrementar ainda mais a discussão sobre o tema, no próximo capítulo é proposto um debate teórico sobre as categorias violência sexual, saúde da mulher e aborto legal, contextualizando e relacionando com a realidade de nosso campo de pesquisa.

4 DEBATE TEÓRICO SOBRE O TEMA EM ESTUDO

Para a compreensão das diversas questões que envolvem o tema do aborto legal, faz-se necessário entender o fator principal que leva a mulher a procurar uma unidade de saúde para realizar este procedimento que é a violência sexual vivenciada por ela. O aborto somente é realizado no campo desta pesquisa se ela declarar ter vivenciado esta situação, daí a importância de compreendermos este fenômeno cada vez mais presente no cotidiano das mulheres e também de crianças, adolescentes e até de homens.

Da mesma forma, é importante e necessário analisar como se apresenta a saúde da mulher no momento atual no nosso país, e por que a violência sexual foi considerada um problema de saúde pública. Para tal, estudiosos da temática fazem uma discussão se os profissionais de saúde se encontram preparados para atender, orientar e encaminhar estas mulheres, bem como é apresentado a maneira que os profissionais do Gonzaguinha de Messejana veem a questão do aborto legal e a atuação deles sob a saúde desta mulher que recorre diariamente à unidade de saúde buscando acolhimento e cuidados necessários.

4.1 A VIOLÊNCIA SEXUAL COMO UMA DAS FORMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, FRUTO DAS DESIGUALDADES DE GÊNERO

A violência sexual deve ser entendida como uma das formas de violência contra a mulher, enquanto que esta última “se abriga no interior da noção de violência de gênero” (OSTERNE, 2008, p.60).

Conforme Scott (1990, p.14), “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos.” É, portanto, algo maior que o ser mulher e o ser homem biologicamente falando, mas sim, ser homem e ser mulher histórica e socialmente. Desta forma, deve-se compreender “gênero como elemento de relações sociais e como forma de atribuir significado às relações de poder.” (OSTERNE, 2008, p.20).

Para Teles e Melo (2002), a categoria gênero demonstra

[...] as desigualdades socioculturais existentes entre mulheres e homens, que repercutem na esfera da vida pública e privada de ambos os sexos, impondo a eles papéis sociais diferenciados que foram construídos

historicamente, e criaram polos de dominação e submissão (TELES E MELO, 2002, p.14).

A violência de gênero se caracteriza como a agressão, seja psicológica, física ou sexual (ou ainda moral e patrimonial, conforme a Lei Maria da Penha), motivada pela questão do gênero, ou seja, pela autoridade conferida ao homem, e algumas vezes, o provedor do lar, sobre a submissão e inferioridade da mulher.

Para Saffioti, conforme Osterne (2008), violência de gênero ocorre devido à existência de uma organização social que privilegia o masculino. Osterne ressalta o cuidado que Saffioti tem em não originar uma dicotomia entre sexo e gênero, estando o primeiro situado na natureza biológica e o segundo na sociedade e na cultura. Em relação a isso, Madeira afirma:

As características de gênero são construções socioculturais que variam através da história e se referem aos papéis psicológicos e culturais que a sociedade atribui a cada um que considera masculino e feminino. Assim, gênero, antes de tudo, é relação social. Gênero se refere às relações sociais de poder e às representações sobre os papéis e comportamentos de homens e mulheres na nossa sociedade (MADEIRA, 2010, p.79).

Sendo a questão de gênero a responsável na maioria das vezes por impulsionar e gerar o acontecimento da violência contra a mulher, que pode se caracterizar como psicológica, física, sexual, dentre outras, é importante o entendimento de tal questão para significar a violência sexual, categoria do presente estudo. O fenômeno da violência contra as mulheres deve ser entendido como fruto de inúmeras determinações, dentre elas, a questão de gênero.

A violência sexual é classificada pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas como “um problema de saúde pública, devendo ser combatido em todo o mundo e em todos os governos”. Posteriormente foi definido, na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir, e Erradicar Todas as Formas de Violência Contra a Mulher, que “a violência contra a mulher transcende todos os setores da sociedade, independentemente de sua classe, raça ou grupo étnico, níveis de salário, cultura, nível educacional, idade ou religião, e afeta negativamente suas próprias bases” (BRASIL, 2012, p.11).

Para a Convenção citada, é considerada violência contra a mulher “todo ato baseado no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual, ou

psicológico para a mulher, tanto na esfera pública quanto privada.” (BRASIL, 2012, p.11).

Em relação à violência sexual, sabe-se que ela é uma das violências baseadas no gênero, podendo ser entendida como “sexo contra a vontade, forçada, em qualquer espaço, público ou privado” (CAVALCANTI et al, 2006, P.35). Para Teles e Melo (2002, p.19), “violência sexual é o termo empregado, sobretudo, para os casos de estupro cometidos dentro e fora de casa. São atos de força em que a pessoa agressora obriga a outra a manter relação sexual contra sua vontade. Empregam-se a manipulação, o uso da força física, ameaças, chantagem, suborno”.

O Código Penal de 1940, no artigo 213, define estupro como o ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso.” Após alterações feitas no ano de 2009, ampliou-se a definição de estupro, que anteriormente ocorreria se houvesse obrigatoriamente a conjunção carnal. Teles e Melo (2002, p.40) reforçam ainda que o estupro é uma violência que “pode ocorrer tanto na esfera privada como nos espaços públicos, e ser praticado por pessoa conhecida ou não da vítima”.

Dentre as formas de violência doméstica e familiar contra a mulher citadas pela Lei Maria da Penha está a violência sexual, que é entendida como:

qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2007).

Estudiosos afirmam que a prática da violência sexual é uma realidade histórica e antiga, assim como a violência de gênero. Referente a isso, Teles e Melo (2002, p.9) reforçam se tratar de “um fenômeno antigo que foi silenciado ao longo da história, e passou a ser desvendado há menos de 20 anos”.

Frota (2003) ressalta que, no Brasil, é possível verificar a existência da violência de gênero desde a época colonial até 1830, quando era permitido aos maridos se utilizarem da chibata para “corrigirem” suas companheiras. Tal fato é atribuído por ela devido à “predominância de pensamentos misóginos e

androcêntricos no período da Antiguidade”, pensamentos estes que se tornaram quase hegemônicos na Idade Média e que insistem em permanecer na atualidade.

Conforme Teles e Melo (2002),

A violência de gênero tem sua origem na discriminação histórica contra as mulheres, ou seja, num longo processo de construção e consolidação de medidas e ações explícitas que visam à submissão da população feminina, que tem ocorrido durante o desenvolvimento da sociedade humana (TELES e MELO, 2002, p.27).

Percebe-se, portanto, que a violência de gênero foi e continua sendo, durante séculos, prática recorrente no nosso país. Somente em Fortaleza – CE, no ano de 2012, foi registrado um total de 6.112 casos de violência contra a mulher, enquanto que em 2013 houve um aumento significativo, contabilizando um total de 9.980 . Em conformidade com esta realidade Osterne compreende a violência contra as mulheres como:

[...] fenômeno que integra a própria organização social de gênero vigente na sociedade brasileira, ou seja, numa ampla perspectiva, uma vez que espelha as relações de poder, estabelecidas entre homens e mulheres, em articulação com dimensões políticas, econômicas, sociais, culturais, institucionais, normativas simbólicas e subjetivas da sociedade (OSTERNE, 2008, p.71).

Em relação à violência de gênero, a Organização das Nações Unidas (ONU) define como “qualquer ato de violência baseado no gênero que resulte ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico a uma mulher, incluindo ameaça de tais atos, coerção, privação arbitrária da liberdade, seja no âmbito público ou privado.” (FAÚNDES ET AL, 2006, p.127).

D’Oliveira e Schraiber (1999, P.14) destacam o fato de, “enquanto o sexo indica uma diferença anatômica inscrita no corpo, gênero indica a construção social, material e simbólica”. As autoras assim diferenciam alegando que, muitas vezes, a noção de gênero vem sendo confundida com a ideia do sexo feminino, quando, na realidade, ela surgiu exatamente para destacar essa distinção. A categoria gênero é mais ampla que a simples relação com o “ser mulher”.

Neste mesmo sentido, Mota (2010, p.38) afirma gênero como sendo uma “forma construída historicamente e culturalmente de definições e modelos de ser

mulher e ser homem, perpassando toda a dimensão estrutural da sociedade”. Para Saffioti (2004, p.45), “o gênero é a construção social do masculino e do feminino”.

A mulher ainda hoje é tradicionalmente referida à esfera familiar e à maternidade, como destaca Giffin (1994), enquanto que a referência fundamental da construção social do gênero masculino é a sua atividade na esfera pública. À mulher cabem os valores de amabilidade, afetividade e doçura, enquanto que ao homem são atribuídos os de concentrador dos valores materiais e de grande provedor da família. Desta forma, no imaginário desses homens, como ele é o detentor do poder e da autoridade dentro do lar, cabe a ele tomar as decisões, podendo até agredir e violentar a companheira de diversas formas. É esse imaginário que se mantém não apenas no pensamento e comportamento dos homens, mas também das mulheres, que permite a concretização das relações de poder e dominação do homem sobre a mulher.

Percebe-se, portanto, que a noção de gênero no imaginário popular está relacionada e interligada com a questão da dominação do sexo oposto sobre a mulher e com a insubordinação desta em relação ao homem, principalmente no que se refere à violência. O conceito de Scott (1990, p.14) para gênero resulta em reforçar esta noção, quando ela diz que “o gênero é uma forma primeira de dar significado às relações de poder”. Isto porque, segundo a autora, “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos”³⁶.

Osterne (2008, p.271) afirma que a violência de gênero “se enraíza nas próprias relações conjugais e afetivas como nas determinações simbólicas e culturais que lhe conferem sentido”. Ela pode acontecer entre casais ou nas relações de trabalho e/ou do cotidiano, inclusive muitas vezes sendo construída e reforçada também pela mídia, nas mais diversas situações e formas.

Outra questão reforçada por Mota (2010) diz respeito à violência de gênero muitas vezes culminar na morte da mulher. E pior: tal acontecimento nem sempre significa a interrupção da violência, quando o agressor não sofre a punição devida por seu delito. Em relação a este fato, a autora afirma:

³⁶ Alguns autores destacam o fato de que a violência de gênero, apesar de comumente ser relacionada com as agressões cometidas pelo homem contra a mulher, este também pode vir a ser vítima da violência de gênero, e diferente do que ocorre com a mulher, no Brasil não possui, na atualidade, uma norma específica que trate da violência doméstica praticada contra o homem. Estudos mostram ainda que o ciúme é uma das principais causas dessa violência.

A violência emerge nesses crimes de gênero como forma de controle do corpo feminino. Um controle que não apenas retira a vida, mas que destroça o corpo da mulher. Não é suficiente matar é preciso massacrar, mutilar, deformar esse corpo (MOTA, 2010, p.50).

O fenômeno da violência de gênero é entendido por Osterne (2006, p.25) como algo “transversal à sociedade, que desconhece fronteiras de classe social e de raça/etnia”. De fato, são frequentemente anunciados e divulgados pela mídia casos de mulheres pobres e miseráveis sendo brutalmente violentadas e assassinadas, mas há igualmente casos que ocorrem em classes mais favorecidas que não chegam ao conhecimento do público, tampouco é alvo de políticas públicas. A autora complementa: “Quase consensualmente associada à violência contra a mulher, ocorre [o assassinato de mulheres] no mundo inteiro e atinge mulheres em todas as idades, grau de instrução, classes sociais, raças etnias e orientação sexual” (OSTERNE, 2006, p.25).

Sobre a violência sexual, Faúndes et al. (2006, p.126) afirmam tratar-se de “uma das expressões da violência baseada no gênero, que tem como origem o desequilíbrio de poder existente entre homens e mulheres, com maior ou menor intensidade, em todos os países do mundo”. É uma questão histórica e cultural que afeta crianças, adolescentes e mulheres, independentemente de fatores como cor, religião, etnia, orientação sexual ou condição social (BEDONE E FAÚNDES, 2007).

Oliveira et al (2005, p.377), ao falarem da violência sexual, afirmam que ela “revela o complexo contexto de poder que marca as relações sociais entre os sexos”. O fato de ser algo que a mulher muitas vezes vivencia dentro de sua própria casa, por parte de seu próprio companheiro, faz com que ela não denuncie, por medo, ameaça ou constrangimento, favorecendo a impunidade. Além disso, ela pode não procurar atendimento médico emergencial por falta de informação, pois muitas mulheres desconhecem a lei e os demais aspectos que envolvem essa questão, inclusive o direito ao aborto legal ou à profilaxia para evitar doenças e a gestação indesejada (BEDONE E FAÚNDES, 2007).

Frota (2006, p.219) diz que devemos ter a “consciência de que a violência humana é fruto de uma situação social, histórica e cultural, e não mais uma agressão natural dos seres humanos uns contra os outros ou contra a natureza”, e de que “a violência de gênero é absurda, portanto deve ser erradicada no nosso

estado, na região, no país e no mundo”, uma vez que as consequências para a mulher que sofre a violência se apresentam em múltiplas dimensões.

Drezett (2003, p. 36) destaca que “a violência sexual constitui uma das mais antigas e amargas expressões da violência de gênero, além de representar uma inaceitável e brutal violação dos direitos humanos”. Desta forma, pode-se entender que a violência de gênero seria aquela motivada por questões de gênero por parte do agressor contra a parte mais vulnerável – a mulher, objetivando reforçar relações de poder e de masculinidade, e a violência sexual seria um dos reflexos da violência de gênero. Em referência a isso, Osterne (2008, p.169) afirma que a violência que ocorre entre um homem e uma mulher “é peculiar, constituindo caso especial”, e é também “produto de muitas determinações”.

Sobre a violência, Almeida (1998) afirma que se constitui um fenômeno estrutural da sociedade e possui caráter multidimensional – que requer ações amplas e articuladas para se alcançar êxito em seu enfrentamento. Para se ter sucesso no enfrentamento desta questão é necessário dar visibilidade a ela, denunciando onde ela se manifesta em suas diversas formas. E ressalta: “É um fenômeno que impacta não só a mulher, mas toda a sociedade”.

Minayo e Souza (1998, p.514), ao falar sobre a questão da violência, ressaltam que “só se pode falar de violências, pois se trata de uma realidade plural, diferenciada, cujas especificidades necessitam ser conhecidas”.

4.2 O ABORTO LEGAL COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE E UM DIREITO DA MULHER

Uma questão importante a ser discutida no presente estudo diz respeito à saúde da mulher, já que é esta mulher que recorre a uma unidade de saúde após sofrer violência sexual, ou para buscar atendimento emergencial e profilático e assim evitar doenças e uma gestação, ou para realizar o aborto legal após descobrir uma gravidez indesejada.

Freitas et al (2009, p.424) afirmam que as ações do movimento feminista brasileiro, ainda na década de 1960, mostravam o descontentamento com as diferenças de gênero e com o enfoque reducionista dado à mulher. “Emergiu um novo conceito de saúde da mulher, rompendo com o paradigma vigente centrado na

função controlista da reprodução, pontuando a saúde sexual e reprodutiva como um direito”.

Conforme D'Oliveira e Schraiber (1999), nos primeiros anos da década de 1980, no Brasil, surge um ativo movimento feminista que tem duas principais bandeiras: a violência e a saúde da mulher. Conforme as autoras, tais bandeiras foram motivadas principalmente por uma série de assassinatos de mulheres da classe média por seus maridos ou ex-maridos. Falava-se em “legítima defesa da honra”, o que gerou uma intensa mobilização com o objetivo de evitar a absolvição dos criminosos.

O conceito de saúde, de uma maneira geral, ampliou-se desde a reforma sanitária, que ocorreu no final da década de 1970, e se efetivou com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que propunha a saúde como sendo “um direito do cidadão, um dever do Estado, e acesso universal a todos os bens e serviços”. Logo após veio o SUS – Sistema Único de Saúde, com a Constituição Brasileira de 1988, materializando uma nova concepção de saúde em nosso país. Além disso, a Constituição Federal de 1988 significou um marco no tocante aos direitos humanos da mulher e ao reconhecimento de sua cidadania plena (TELES E MELO, 2002).

Um pouco antes, em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que marcou uma nova forma de se ver a política de saúde das mulheres. Trata-se de um programa que trouxe a proposta de inúmeras ações direcionadas a esse público, de maneira descentralizada e integralizada (BRASIL, 2004).

Segundo Leão e Marinho (2002, p.34), tal programa conseguiu romper com “a tradicional perspectiva materno-infantil e com noções essencialistas de saúde, doença e reprodução”. Ampliou, portanto, o conceito de mulher para além de gestante e mãe.

A partir desse período, devido ao posicionamento e ao questionamento da sociedade diante da questão de gênero, passou-se a ter uma maior preocupação com as necessidades da mulher e a sua subjetividade. Tal fato repercutiu tanto na área da segurança pública como também na saúde, o que ocasionou mudanças significativas na forma como esse público deveria ser atendido (MANDÚ et al. (1999), FAUNDES et al. (2006), BEDONE e FAUNDES (2007)).

Outro marco importante ocorreu no ano de 2004, quando foi lançado pelo Ministério da Saúde o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, em parceria com diversos setores da sociedade. Tal documento representa o reconhecimento por parte do governo de que a saúde da mulher deveria ter prioridade e a devida atenção. Na elaboração e construção desse documento foi dito que “as questões de gênero deveriam ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas”, uma vez que “as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam um forte impacto nas condições de saúde destas últimas.” (BRASIL, 2004, p.12).

O direcionamento que se dá ao problema da violência sexual contra a mulher remetido à área da saúde pública, conforme D’Oliveira e Schraiber (1999, p.4), “está embasado na constatação crescente de que a violência de gênero está associada a um maior risco para diversos agravos à saúde física e mental, além do trauma físico direto, e também a um uso mais frequente dos serviços de saúde”.

Desde que a violência contra a mulher passou a ser reconhecida como problema de saúde pública pela OMS, ela passou a ser tratada como questão de saúde da mulher, pois vem sendo relacionada a outras questões e problemas de saúde, como o abuso de drogas e álcool, distúrbios gastrointestinais, inflamações pélvicas, dores de cabeça, asma, ansiedade, depressão e outros distúrbios psíquicos como tentativa de suicídio, além de comportamentos prejudiciais à saúde, como sexo sem proteção. No caso da violência sexual, além dos graves transtornos emocionais, pode provocar doenças sexualmente transmissíveis, e até mesmo a gravidez indesejada.

Sobre o fato da violência se encontrar atrelada à saúde, mais especificamente a violência sexual à saúde da mulher, Minayo e Souza (1998, p.520) explicam que tal fato se deve à “função de elaborar estratégias de prevenção, de modo a promover a saúde. Logo, a violência não é objeto restrito e específico da área da saúde, mas está intrinsecamente ligada a ela, na medida em que este setor participa do conjunto das questões e relações da sociedade”. Quanto a isso, as autoras destacam:

Sua função tradicional [da saúde] tem sido cuidar dos agravos físicos e emocionais gerados pelos conflitos sociais, e hoje busca ultrapassar seu papel apenas curativo, definindo medidas preventivas destes agravos e de

promoção à saúde, em seu conceito ampliado de bem-estar individual e coletivo (MINAYO E SOUZA, 1998, p.520).

A interligação que existe entre a mulher que sofre violência sexual e a rede de atendimento à saúde dessa mulher é concreta e já reconhecida por diversos autores. No entanto, também é reforçada por alguns, assim como D'Oliveira e Schraiber (1999, p.5): “A área da saúde, assim como a polícia, tem dificuldades em trabalhar questões percebidas como culturais, ou sociais e até psicológicas”. Quanto a isso, Mandúetal (1999, p.35) afirmam: “As necessidades em saúde feminina não podem ser reduzidas a processos patológicos”. De fato, a saúde da mulher tem que ser vista em suas múltiplas dimensões para melhor atendê-la.

D'Oliveira e Schraiber (1999) apontam a existência desta dificuldade por parte dos profissionais de saúde em lidar com tais questões da esfera social e da subjetividade humana devido ao principal fator que é a formação destes, muitas vezes baseada no modelo biomédico. Segundo as autoras, muitas vezes eles não conseguem visualizar os aspectos sociais e culturais relacionados aos problemas de saúde e a inabilidade de lidar com aspectos emocionais, por isso apresentam certa resistência bem como receio em atender tais casos.

Quanto a isso, a enfermeira entrevistada no campo desta pesquisa confirma que tal situação de fato ocorre, pois muitas vezes as pessoas não sabem lidar com o relato delas, que é *de muito sofrimento*, e reforça: *o relato das que eu vi [que vivenciou situação de violência sexual] é bem doloroso*. A assistente social deixa claro o quanto é difícil realizar tais atendimentos ao dizer: *sempre fico muito tocada com todos os casos*, assim como a psicóloga afirmou: *é muito impactante*, e acrescenta:

Eu me sinto muito sensibilizada, né, eu sou mulher e na grande maioria das vezes as vítimas são mulheres, e ver uma mulher nesse estado, ter sido agredida dessa forma, é muito impactante pra gente, né... A gente tenta não se pôr no lugar da pessoa mas isso é quase impossível, então eu me sinto desprotegida as vezes na sociedade de que qualquer uma de nós pode passar por isso... Sinto até medo hoje mais do que eu já tinha, de todos os relatos que eu já ouvi, de todas as histórias mais esquisitas, de locais mais esquisitos, de situações mais esquisitas, a gente passa a ter medo da sociedade, de que o mesmo possa acontecer com você (psicóloga).

A fala das profissionais entrevistadas, e com mais ênfase a da psicóloga, ressalta que, para elas, não é fácil realizar tais atendimentos devido à dor vivenciada por tais mulheres que elas obrigatoriamente têm que lidar ao atendê-las e acolhê-

las, e é provável que esse seja um dos motivos dos profissionais se recusarem em atender tais casos.

Já se sabe que a questão da violência que ocorre com a mulher é um problema de saúde pública, entretanto, poucos profissionais parecem entender assim, ou até mesmo sabem lidar com a questão devido a estarem mais direcionados para a patologia e a medicalização do que com questões de diversas ordens que acompanham um atendimento de violência sexual.

Em relação a isso, Teles e Melo (2002) afirmam:

A violência contra a mulher em seus aspectos físicos e psíquicos tem sido relegada a um plano secundário. Os profissionais de saúde geralmente atendem pacientes com sintomas e queixas que requerem procedimentos bastante divulgados nas escolas e serviços. Não é o caso da chamada violência doméstica ou cronicada, responsável por espancamentos, ameaças de morte, lesões corporais de natureza leve, humilhações, ofensas e pontapés. Nesses casos, os funcionários não estão preparados para atender, orientar ou encaminhar essas mulheres (TELES E MELO, 2002, p. 51).

Em consonância com a afirmação de Teles e Melo (2002), a psicóloga diz: *Me sinto muito sensibilizada com elas, acho que elas sofrem demais, não gosto de atender [tais casos],* e o médico afirma: *Infelizmente tem alguns médicos que se negam a atender.*

Muitas vezes o que se percebe também é que enfermeiros e médicos são os profissionais que demonstram mais resistência em receber e atender estas mulheres, em uma comparação com os assistentes sociais e psicólogos, alegando que escutá-las e acolher a dor que elas sentem cabe especificamente a estes, enquanto que a eles cabem os cuidados clínicos e intervenções médicas.

Outro aspecto que dificulta o acesso da mulher que sofre violência à saúde é que “pouquíssimas sabem que têm direito a atendimento na rede pública de saúde.” (TELES E MELO, 2002, p.52). De fato, percebemos que tal afirmação é válida ao analisar a forma como a maioria das pessoas que é atendida no Gonzaguinha de Messejana chega até a unidade. Muitas delas nunca ouviram falar sobre a existência de um hospital que disponibiliza de tal serviço de atendimento de referência nos casos de violência sexual e de aborto legal, e ao procurarem primeiramente órgãos como a delegacia ou o IML, estes é que as direcionam até lá.

Devido ao pouco conhecimento da existência de tal serviço bem como de seus direitos, quando elas são encaminhadas ou direcionadas para o hospital, o

prazo para a realização da profilaxia ou da realização do aborto legal já foi extrapolado, sendo, portanto, totalmente prejudicada pela falta ou pouca divulgação do serviço.

Sobre a questão do aborto legal, sabe-se que, da violência, que parece ser bastante comum em nossa sociedade e no cotidiano das mulheres de uma forma geral, muitas vezes é gerada uma gravidez não desejada. Há quem defenda que a mulher deveria ser obrigada a dar continuidade a essa gestação, normalmente guiando-se por preceitos religiosos e conservadores, resultando em uma culpabilização e revitimização dessa mulher. Outros defendem que essa mulher deveria realizar o aborto, pois manter a gravidez não planejada, indesejada e fruto de uma violência seria uma forma de violentá-la novamente. E há aqueles que conhecem a lei que ampara essa mulher na decisão que ela deve tomar, negando, portanto, a ideia de criminalização, e ressaltando os valores de direito e autonomia.

No que se refere aos profissionais que participaram desta pesquisa através da entrevista, com exceção do médico que afirma se tratar de *um direito inalienável da mulher decidir se deve ou não ir adiante nesta gestação* quando perguntado sobre o aborto legal, as demais profissionais foram unânimes em se dizerem contra o aborto.

A assistente social disse: *Eu sou contra, ne, eu não teria essa coragem, mas eu sou a favor das decisões, da liberdade do seu próprio corpo... Eu respeito o direito dela [da mulher que opta pelo aborto legal].* Da mesma forma declara a enfermeira ao dizer: *eu não praticaria o aborto, mas eu sou enfermeira e eu tenho que atender todo tipo de paciente, eu não estou aqui para julgar, mas não concordo.* Já a psicóloga foi enfática ao afirmar *é uma opção do ser humano, entretanto, pra mim, não enquanto profissional, mas como pessoa, eu considero um crime à vida humana.*

Também é perceptível a diferenciação e a separação que elas fazem da opinião que têm enquanto pessoa e enquanto profissional, deixando claro que não concordam com o aborto, no entanto, atendem as usuárias que optam pelo procedimento, alegando ser uma opção da mulher que buscou o serviço, da qual elas não são a favor e, portanto, não fariam. Desta forma, elas tentam se ausentar também da co-responsabilidade que porventura poderiam ter ao participarem do abortamento. Essa preocupação foi ressaltada pela psicóloga:

Eu não gostaria de estar atendendo pessoas que remetem aos meus medos, ne... É muito pesado, é muito difícil, são energias muito fortes, são decisões importantes a qual eu me sinto junto com ela participando disso [...]. No começo, eu resisti bastante, eu achava que eu estava participando ativamente do processo de matar uma pessoa. Hoje eu já vejo diferente, depois de um certo tempo; eu estou tentando minimizar a dor dela e a decisão é dela, não é minha, então, eu não tenho responsabilidade nisso, ne... E aí já mudou bastante, hoje eu já me sinto um pouco mais confortável [em atender estes casos]. (psicóloga).

O Ministério da Saúde caracteriza o abortamento como sendo a interrupção da gravidez até a 22ª semana, com o produto da concepção pesando menos de 500 gramas. Aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento (BRASIL, 2005).

São várias as formas de abortamento. Ele pode ser completo, incompleto, retido, infectado, habitual, e eletivo ou legal, sendo as causas inúmeras também, e muitas vezes permanecendo até indeterminada. Em relação às formas e métodos para o abortamento, existem duas: via farmacológica, em que se utilizam as drogas ocitocina ou misoprostol para induzir o abortamento em curso, ou via aspiração manual intrauterina (AMIU), podendo ser empregada esta técnica somente quando o feto tem menos de 12 semanas, sendo também a mais segura para a saúde da mulher (BRASIL, 2005).

O Código Penal de 1940, no artigo 128, prevê a possibilidade de ser feito o aborto sem a punição do médico nas situações em que é imprescindível a sua realização para salvar a vida da gestante. É o chamado “aborto necessário”, e quando a gestação é resultante de estupro, sendo chamado de “aborto humanitário” ou “aborto ético”. Em 2012 foi acrescentada à legislação, após anos de discussão entre os parlamentares, a possibilidade de ser feito o aborto em casos de bebês anencéfalos, chamado de “aborto eugênico”, e que ainda é muito polêmico e não totalmente aceito pela sociedade, principalmente por religiosos e conservadores.

No caso do aborto humanitário, também chamado ético ou aborto legal, para ser realizado conforme o que determina o código penal, não deve ser exigido documentação nenhuma, apenas o consentimento da mulher. Desta forma, a mulher que sofreu violência sexual que resultou em uma gestação e tem interesse no aborto legal não tem o dever legal de noticiar o caso a polícia. Cabe à equipe técnica que a acompanha – assistentes sociais, psicólogos – dar as orientações sobre a importância de serem tomadas as providências policiais e judiciais cabíveis, mas não é pré-requisito para o procedimento ser realizado (BRASIL, 2012).

Em relação a isso, consta em uma das normas técnicas lançadas pelo Ministério de Saúde: “O Código Penal afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade”. E ressalta:

O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde, portanto, não cabe ao profissional de saúde duvidar da palavra da vítima, o que agravaria ainda mais as consequências da violência sofrida. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à polícia ou à justiça. (BRASIL, 2012, p.69).

No entanto, pesquisas mostram que, muitas vezes, os profissionais demonstram pouco conhecimento sobre o que diz a lei, e destacam que o desconhecimento costuma ser mais dos médicos do que qualquer outro profissional. Loureiro e Vieira (2004, p.685) constataram, através de estudo realizado, que 31,5% dos médicos entrevistados revelaram ter baixo conhecimento sobre as leis do aborto. Da mesma forma constatou Diniz (2014, p.292) que “muitos médicos ginecologistas e obstetras ainda acreditam ser preciso BO ou autorização judicial para que uma mulher tenha acesso ao aborto legal”.

Tal fato é preocupante porque a falta de conhecimento da lei faz com que a mulher não tenha o atendimento garantido ou o tenha dificultado. Esta situação não ocorre no campo desta pesquisa, não por parte do médico que foi entrevistado, porque ele conhece a lei e sabe o que deve e o que não deve ser exigido, mas é possível, conforme as observações realizadas durante este estudo, que outros médicos desconheçam ou façam a exigência de tais documentações simplesmente por acreditarem que deveria ser desta forma que ele tem que proceder.

No que se refere ao médico entrevistado, este foi categórico ao afirmar quando indagado se a legislação deveria ser diferente neste aspecto que *não, de jeito nenhum*, e acrescentou ainda: *A mulher ter que fazer BO e passar por IML eu acho tão cruel quanto o próprio estupro. O sujeito que exige isso eu coloco ele no nível do estuprador, em termos de crueldade.* A assistente social comuna do mesmo pensamento: *sim, eu concordo que seja declaratório*, e justifica tal postura por *não acreditar em premeditação*, alegando que, ao procurar um serviço como esse, que envolve tanta dor e sofrimento, ela não premeditou uma gravidez para tal.

Já a psicóloga, ao ser perguntada em relação à legislação atual referente a esta questão, ela disse: *Eu não concordo. Porque se as pessoas não mentissem,*

se as pessoas não enganassem, se as pessoas não fizessem do sistema público e das leis em benefício próprio, ne, desviante do que se propõe, aí sim talvez precisasse só da palavra da pessoa, enquanto que a enfermeira afirmou: acho que a lei deveria exigir uma coisa mais concreta. Falta alguma coisa.

As falas da psicóloga e da enfermeira comprovam a afirmação de Diniz (2014, p.294): “os profissionais de saúde temem ser enganados”. Eles acreditam que, se a mulher vir a mentir sobre os fatos, inventando uma violência sexual que não houve, para assim ter acesso ao aborto legal, eles serão responsabilizados de alguma forma, mas já se sabe que isso não ocorre desde que cabe a mulher assinar um termo se responsabilizando da veracidade de seu relato e desculpabilizando assim, os profissionais que irão atendê-la. No entanto, este medo ainda persiste, e por isso, “a palavra da mulher é colocada sob suspeita e não é suficiente para o acesso aos serviços de aborto” (DINIZ, 2014, p.297).

Ainda sobre o que a lei determina como deve ser feito o aborto legal e em quais situações, ao ser perguntado aos profissionais entrevistados sobre até qual idade gestacional pode ser realizado o procedimento, todos sabiam a idade porém foi também uníssona a discordância com a lei nesse aspecto.

O médico discorda por uma questão de risco para a mulher que está em procedimento de aborto: *Eu acho que deveria ser no máximo até 16 semanas. Porque? Porque fica um procedimento mais complicado, mais doloroso e arriscado para a paciente, e completa dizendo: 20 semanas praticamente já é um parto prematuro.*

A assistente social afirma claramente ser contra: *Eu acho que 20 semanas são cinco meses de gravidez, aqui a gente já teve criança que nasceu de seis meses e sobreviveu..., e conclui: Eu sou contra, eu acho que três pessoas entram em risco, ne, porque já está fadada a morte do feto, e as outras duas entram em risco: a mãe e o médico.*

Diante do grande número de mulheres que diariamente realizam abortos clandestinos, pode-se intuir, de estudos e pesquisas, que não é pelo fato de ela não ter acesso a um atendimento adequado nas instituições de saúde que ela será impedida de realizar o procedimento se, de fato, quiser e necessitar (DIP, 2013).

Segundo Dip (2013), a cada dois dias uma brasileira – pobre – morre por aborto inseguro, sendo esta a quinta causa de morte materna. É por este motivo que ela defende que “a criminalização da interrupção da gravidez é uma violação dos direitos da mulher”. Referente a esta questão, o artigo 124 do Código Penal de 1940

diz que “provocar o aborto em si mesma ou permitir que outrem lho provoque” é crime. Conforme a lei vigente, o aborto é, portanto, ilegal e é um crime, sendo legal somente em três situações bem definidas no artigo 128 do mesmo código (LEÃO et al, 2007).

Independentemente do aspecto legal, sabe-se que abortos são realizados há muito tempo de diversas formas, ou seja, não somente aqueles legalmente permitidos, levando a óbito milhares de mulheres. Dip (2013) destaca, no entanto, que há uma grande diferença entre o aborto clandestino e o inseguro. O primeiro pode até ser seguro, feito por equipes e clínicas bem preparadas, estruturadas e caras, enquanto que o segundo se caracterizaria da pior forma possível, colocando em risco a saúde, a integridade e a vida da mulher.

Quanto a esta realidade, Medeiros et al afirmam: “A prática do aborto inseguro reflete, portanto, as diferenças socioeconômicas, culturais e regionais diante da mesma ilegalidade do aborto” (Medeiros et al., 2012, p.17). E reforçam ainda:

Mulheres com melhores condições financeiras, geralmente nos grandes centros urbanos, têm acesso a métodos seguros para interrupção da gravidez. Já as mulheres mais carentes, que constituem a maioria da população feminina brasileira, recorrem aos métodos mais perigosos, resultando em alto índice de agravos à saúde (MEDEIROS et al, 2012, p.17).

Em relação a isso, Drauzio Varella fala em entrevista sobre o assunto que “o aborto já é livre no Brasil. É só ter dinheiro para fazer em condições até razoáveis. Todo o resto é falsidade. Todo o resto é hipocrisia”, e ressalta que se trata de uma questão que deveria ser entendida como algo fruto da desigualdade social: “A mulher rica faz normalmente e nunca acontece nada. Já viu alguma ser presa por isso? Agora, a mulher pobre, a mulher da favela, essa engrossa estatísticas. Essa morre.”

Sobre o aborto provocado, Faúndes et al. (2004, p.90) destacam que é problema de saúde pública no mundo todo, mas, principalmente, naqueles países que possuem leis que restringem a prática. Em relação ao Brasil, o autor aponta estudos que comprovam que, “apesar das proibições legais e religiosas, o aborto continua existindo e é causa de 15% dos óbitos maternos”.

Loureiro e Vieira (2004) ressaltam que o problema se torna maior quando há grandes restrições na realização do aborto, com a inexistência de uma equipe profissional especializada em uma unidade de saúde de referência para tal,

ocasionando a busca por clínicas clandestinas em que não há os cuidados adequados, podendo a mulher vir a óbito ou ficar com sequelas gravíssimas.

Conforme mostram as pesquisas, tal questão pode ser explicada pelo fato de, normalmente, as mulheres depararem com inúmeros obstáculos para conseguir realizar o aborto legal em condições adequadas nos hospitais de referência e seguindo o método adequado (DUARTE et al, 2009).

Como prova concreta desse fato pode-se apontar o aumento crescente da administração do misoprostol (popularmente conhecido por cytotec), principal medicamento indicado para a realização do aborto, desde 1990 (LOUREIRO e VIEIRA, 2004), e o tráfico do medicamento, uma vez que ele é restrito a estabelecimentos hospitalares credenciados pela autoridade sanitária do Ministério de Saúde (CORRÊA e MASTRELLA, 2012).

O aborto legal é um direito da mulher, previsto e garantido em lei, e com normas técnicas e diversas resoluções existentes para regulamentar e melhor definir de que forma essa lei deve ser colocada em prática. É algo que deve, portanto, ser respeitado e garantido pelos gestores e por toda a sociedade, independentemente de crenças e posicionamentos pessoais. É de fato uma conquista dessa mulher já tão violentada de diversas formas. Ir de encontro a essa conquista das mulheres, além de crime seria um grande retrocesso.

Quanto a esse direito que parte da sociedade sabe que a mulher tem, e principalmente aqueles que estão inseridos nas unidades de saúde, onde se recebe estas pacientes e se sabe que se deve agir de forma profissional e ética, o médico ressalta que, *se fosse uma coisa natural, espontânea e bem aceita na sociedade [a realização do aborto legal], rapidamente ela viria no começo da gravidez e resolveria*, colocando que ela teria menos riscos e, portanto, a dor amenizada. Complementa ainda: *como sempre os valores sociais massacrando a mulher*, como um alerta de que muito ainda há que se repensar e rever quando se trata do assunto.

No capítulo seguinte serão vistos quais são as concepções da equipe multiprofissional que atua no serviço de atendimento à pessoa em situação de violência sexual sobre esta questão, sobre o aborto legal, bem como sobre os serviços que estão inseridos, e de que maneira se configura a prática deles no campo desta pesquisa.

5 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO SERVIÇO DO ABORTO LEGAL: PRÁTICAS PROFISSIONAIS E CONDUTAS ÉTICAS

A maneira como os profissionais atuam no cotidiano das instituições repercute na forma como os usuários serão atendidos e os seus direitos, de fato, garantidos. Os elementos que podem caracterizar uma prática profissional são o conhecimento que o profissional possui para atuar naquele serviço, a habilidade, a experiência, assim como o interesse e a identificação com o seu trabalho.

Uma equipe multiprofissional que atua em um hospital pode ser composta por assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos, estando cada qual direcionado a determinado serviço ou setor. É necessário que eles trabalhem de maneira integrada e articulada, para melhor atender o usuário em sua complexidade de demandas e questões.

Para compreender como a equipe atua, mais especificamente a equipe multiprofissional do Gonzaguinha de Messejana no serviço do aborto legal, faz-se necessário conhecer as funções de cada profissional, o código de ética que direciona suas ações, e a relevância destes no bom funcionamento do serviço e no melhor acolhimento e atendimento da usuária.

5.1 O ASSISTENTE SOCIAL COMO O PRINCIPAL ARTICULADOR NA ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Ao se pensar a prática dos profissionais em uma equipe multiprofissional, o assistente social tem destaque devido à sua importância enquanto um dos principais articuladores, dentro da equipe, para garantir os direitos do usuário, buscando viabilizar o atendimento adequado, conforme afirma Vasconcelos (2011).

Iamamoto é uma autora referência na literatura do Serviço Social que discorre sobre a questão mais direcionada à prática do assistente social. Ela faz uma análise da conjuntura social, histórica, econômica e política do país, para avaliar como se apresenta a prática desse profissional e de que forma ela vai mudando, conforme se altera a realidade.

A autora afirma que a prática profissional não deve ser vista como uma “prática do indivíduo isolado, desvinculado da trama social que cria sua necessidade e condiciona seus efeitos na sociedade.” (IAMAMOTO, 2009, p. 168). Não deve ser,

portanto, uma “relação singular” entre ele e o usuário do serviço, desvinculada da “questão social”³⁷ e das políticas sociais.

No caso específico da prática do assistente social, lamamoto (2011, p.98) afirma que, para entender como ela se caracteriza pressupõe “inserir-la no jogo das relações das classes sociais e de seus mecanismos de poder econômico, político e cultural”. Sendo assim, a prática profissional se apresentará conforme a realidade em que está inserida e depende de inúmeros condicionantes internos e externos para ser caracterizada.

No caso do Serviço Social, a autora destaca que para que a prática seja direcionada aos interesses e demandas da “clientela”, ou seja, dos usuários dos serviços, deve haver um movimento neste sentido, além do interesse particular do profissional em romper com a herança conservadora da profissão. Tal conservadorismo, ainda marcante na atualidade, faz com que os interesses atendidos em sua maioria sejam da instituição e da gestão, e não os dos usuários.

Desta forma, a ação profissional somente será articulada aos interesses e necessidades do usuário, caracterizando-se como uma prática criativa, crítica e inovadora, se houver a constante busca pela ruptura teórico-prática com o fazer tradicional e conservador³⁸ (VASCONCELOS, 2011, p. 123).

Quando tal ruptura não é real, Vasconcelos (2009, p.250) diz que a ação fica reduzida a uma prática burocratizada e não assistencial, uma vez que vai priorizar “respostas a demandas por informação e orientação pontuais e não por recursos materiais, capacitação, organização, seguindo mecanicamente normas impostas pelo regulamento da administração, autoridade ou representante”. Desta forma, ficam negligenciadas demandas como educação em saúde, prevenção, participação no controle social dos serviços prestados, ou seja, aquelas que extrapolam o controle burocrático dos serviços institucionais.

³⁷ Segundo lamamoto (2007, p.100), a matéria-prima do trabalho do assistente social (ou da equipe interprofissional em que se insere) encontra-se no âmbito da questão social em suas múltiplas manifestações – saúde da mulher, relações de gênero, pobreza, habitação popular, urbanização de favelas etc. – tal como vivenciadas pelos indivíduos sociais em suas relações sociais cotidianas, às quais respondem com ações, pensamentos e sentimentos.

³⁸ Em relação a essa questão, lamamoto (2011, p.37) declara que: “A ruptura com a herança conservadora expressa-se como uma procura, uma luta por alcançar novas bases de legitimidade da ação profissional do Assistente Social, que, reconhecendo as contradições sociais presentes nas condições do exercício profissional, busca colocar-se objetivamente, a serviço dos interesses dos usuários, isto é, dos setores dominados da sociedade”.

Iamamoto (2011, p.114) afirma que, devido aos resquícios históricos e à herança conservadora carregada pela profissão, a prática do assistente social ficou reduzida a qualquer atividade; ficou caracterizada pela sua imediatividade; preocupada com a eficácia técnica e com o resultado imediato e visível, quantitativamente mensurável. Como consequência, o profissional apresenta muitas vezes os comportamentos que ela chama de fatalismo – em que a ordem do capital é vista como natural e perene, nada lhe restando fazer – e de messianismo utópico, quando ele se vê como herói ingenuamente. Para a autora, o grande desafio da profissão é romper com essa dupla visão que vem marcando a prática do assistente social.

Entretanto, Iamamoto (2011, p.89) coloca que se deve compreender a prática profissional na sua dimensão histórica, portanto, como uma “prática em processo e em constante renovação”. Assim, segundo a autora, “à medida que novas situações históricas se apresentam, a prática profissional – enquanto componente destas – é obrigada a se redefinir”. Desta forma, as respostas teórico-práticas do assistente social vão se modificando e se remodelando conforme o contexto apresenta novas necessidades do usuário, novas e diferentes demandas, e uma nova realidade também.

Para Iamamoto (2007), pensar prática profissional requer considerá-la em seus condicionantes internos – os que dependem do desempenho profissional – ou externos – aqueles determinados pelas circunstâncias sociais nas quais se realiza a prática do assistente social. Isto porque, segundo a autora:

[...] o significado social da prática profissional não se revela de imediato, não se revela no próprio relato do fazer profissional, das dificuldades que vivenciamos cotidianamente. A prática profissional não tem o poder miraculoso de revelar-se a si própria. Adquire seu sentido, descobre suas alternativas na história da sociedade da qual é parte (IAMAMOTO, 2011, p.120).

Para tanto, esse profissional deve buscar uma prática em que tenha “competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações profissionais” (IAMAMOTO, 2009, p.171).

Desta forma, segundo a autora, a contemporaneidade exige “um profissional qualificado, que reforce e amplie a sua competência crítica; não só

executivo, mas que pensa, analisa, pesquisa e decifra a realidade.” (IAMAMOTO, 2007, p.49). O novo perfil do profissional deve ser, portanto, de alguém criativo e inventivo, afinado com as questões sociais, tanto em suas dimensões macroscópicas quanto em suas manifestações cotidianas.

Iamamoto (2007, 2009, 2011) defende, portanto, que uma prática profissional mais adequada e direcionada a um melhor atendimento ao usuário,

requer [do profissional] ir além das rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade, as tendências e possibilidades, ali presentes, passíveis de serem apropriadas pelo profissional, desenvolvidas e transformadas em projetos de trabalho.

Apesar da constante busca por tais mudanças no que se refere à prática profissional, ainda se pode ver, conforme Vasconcelos (2011, p.86), que muitos profissionais de saúde, especificamente no cotidiano das unidades de saúde, seguem presos ao modelo clínico-assistencial. Não somente o assistente social, mas também enfermeiros e médicos, que permanecem no interior de seus consultórios e “não portam uma visão da dinâmica institucional e do conjunto das reais demandas que os segmentos populares trazem para o interior das unidades de saúde”.

Assim, segundo Vasconcelos (2011, p.89), “a maioria dos profissionais desconhece e não procura conhecer e criar condições objetivas para uma ação relacionada às necessidades cotidianas, que rompa com rotinas e determinadas práticas institucionais”. Esse fato faz com que a qualidade da prática do profissional seja comprometida, uma vez que seu afastamento das necessidades cotidianas do usuário vai fazer com que este não seja atendido em sua integralidade.

Por outro lado, através de um estudo, a autora percebeu que um grupo majoritário de assistentes sociais apresenta e busca novas perspectivas para o trabalho profissional, através da contribuição na construção da consciência crítica, da integração com o usuário na busca pelos direitos sociais, na preocupação com a prática, no reconhecimento da necessidade de atualização, dentre outras questões (VASCONCELOS, 2011, p.286).

Desta forma, percebem-se ainda inúmeras dificuldades e entraves para que ocorra uma prática profissional qualificada e direcionada aos interesses do usuário, principalmente no que diz respeito a questões institucionais e burocráticas.

Mas ao mesmo tempo se vê um crescente interesse do profissional em se capacitar para se adequar à realidade das mudanças econômicas, políticas e sociais que o país vem atravessando constantemente e, conseqüentemente, às novas e diferentes necessidades apresentadas pelo usuário.

Costa (2009, p.345) comunga desta mesma ideia ao constatar, através de uma pesquisa sobre o trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais, que “a objetivação do trabalho do assistente social passa rotineiramente pela implementação de alternativas de enfrentamento dos problemas do usuário”. Reforça, ainda, que tal questão se configura como “fundamental para assegurar o desempenho institucional e do próprio processo de trabalho em saúde”.

Em relação a isso, Bravo, citada por Vasconcelos (2011, p.519), afirma que os assistentes sociais “atuam nas instituições médicas administrando a tensão existente entre as demandas dos trabalhadores e os insuficientes recursos para a prestação dos serviços requeridos”. Iamamoto (2011, p.115) coloca que tais profissionais são frequentemente chamados a se constituir “agente intelectual de linha de frente nas relações entre instituição e população”.

De fato, tal realidade é observada na atuação desses profissionais no campo da saúde, onde ele é acionado para aliviar e neutralizar tensões (IAMAMOTO, 2011); ser porta-voz do usuário quando se faz necessária uma articulação com demais profissionais; além de acolher demandas das mais diversas áreas para dar os devidos encaminhamentos, e precisar lidar com situações conflituosas das mais diversas ordens buscando atender o usuário na sua necessidade.

Pelo fato de o assistente social muitas vezes estar ali representando essa figura que vai “defender” e resguardar o usuário das questões trazidas por ele, de maneira a ele ter seus direitos garantidos³⁹, Vasconcelos (2011, p.415) afirma que “o Serviço Social é indispensável sim, mas, frequentemente, não para os usuários, e sim para a unidade de saúde”. O usuário é atendido, mas para o bem também da instituição, de maneira que conflitos e problemas não a prejudiquem, assim como o andamento de serviços e programas, bem como a prática e a atuação dos demais

³⁹ Vasconcelos (2011, p.32) coloca o fato dos assistentes sociais na saúde ganharem reconhecimento dos usuários por serem “bem tratados” e/ou “tratados com humanidade”, devido ao assistente social ouvir, apoiar, orientar, aconselhar e/ou encaminhar” esse usuário que muitas vezes chega aflito trazendo uma demanda que não é de competência de nenhum outro profissional, e ninguém lhe deu a orientação de que necessitava.

profissionais. Como disse Vasconcelos, “é indispensável para a unidade de saúde que necessita dar uma aparência de calma e normalidade ao andamento de suas rotinas”.

A autora coloca também o assistente social no âmbito da saúde como “um dos principais articuladores de equipes multiprofissionais”, daí a importância de estudos sobre a prática desse profissional para se ter uma “visão do conjunto dessas práticas” dos demais profissionais como um todo.

No campo desta pesquisa, não só o assistente social é conhecido pelos demais profissionais como aquele que vai acolher, receber e “preparar” a usuária que vai chegar finalmente à sala de parto para a realização do aborto legal, como também o psicólogo é visto como tendo esta função primordial para que ocorra tudo bem. Tal situação é percebida pela fala do médico: *Elas já chegam aqui bem, psicologicamente bem, eu não sei quando elas chegam lá, mas aqui elas já estão bem, estão tranquilas, já chegam preparadas devido o trabalho que é feito por lá, chegam bem orientadas*. A fala dele mostra, portanto, que há o reconhecimento da importância de cada qual exercer bem sua função para que a usuária tenha um bom atendimento garantido, sendo possível somente através de um trabalho articulado e integrado entre todos.

5.2 A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: COMO ELA SE CONFIGURA E SE APRESENTA

Sobre a atuação dos demais profissionais que compõem a equipe que atende as mulheres vítimas de violência sexual e aquelas que desejam realizar o aborto legal, vários são os autores que dialogam sobre a necessidade de se ter na unidade de saúde profissionais capacitados e qualificados para tal. D’Oliveira e Schraiber (1999), ao falarem da violência de gênero como uma questão de saúde, ressaltam a importância da formação dos profissionais para uma melhor intervenção no atendimento a estas mulheres.

No caso da atuação da equipe multiprofissional que se encontra nas unidades de saúde, várias são as normatizações lançadas pelo Ministério de Saúde para regulamentar de que forma deve ser a prática dos profissionais em relação ao serviço de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual que desejam realizar o aborto legal. No entanto, pesquisas mostram que nem sempre as unidades

de saúde que se dizem referência nesse tipo de atendimento estão, de fato, preparadas para tal.

Na norma técnica lançada pelo Ministério de Saúde em 2005, que tem como principal preocupação regulamentar e definir como se configura a atenção humanizada ao abortamento, é definido que tipo de referenciais se deve ter para atender a mulher em situação de abortamento, respeitando os princípios fundamentais da bioética, a saber:

a) Autonomia: direito da mulher de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida; b) Beneficência: obrigação ética de se maximizar o benefício e minimizar o dano (fazer o bem); c) Não-maleficência: a ação deve sempre causar o menor prejuízo à paciente, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis de suas ações (não prejudicar); d) Justiça: o(a) profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher (BRASIL, 2005, p.16).

Estudos e pesquisas sobre o assunto mostram que a equipe multiprofissional responsável em atender e acompanhar a mulher somente irá seguir tais princípios se ela estiver devidamente capacitada, sensibilizada e treinada para tal. Uma equipe bem capacitada saberá o que é o aborto legal, em quais situações ele pode ser feito, o que é necessário para tal e como a ação deve ser conduzida, reduzindo o temor em realizar tal atendimento, afastando-se de preconceitos, estereótipos e discriminações de qualquer natureza (BRASIL, 2005). Conseqüentemente, essa mulher será devidamente acolhida, orientada e atendida.

Diante da relevância desta questão, em parceria com o Ministério da Saúde, um grupo de estudiosos sobre o assunto, incluindo profissionais e militantes da área, compõe o projeto “Superando as barreiras para prover atenção integral a mulheres que sofrem violência sexual, de acordo com a Norma Técnica do Ministério de Saúde: avaliação de uma intervenção”. Trata-se de uma intervenção que tem como metas:

A) Identificar e sensibilizar hospitais que solicitam treinamento para dar atendimento a mulheres que sofrem violência sexual; b) Realizar treinamento e acompanhamento da implantação do atendimento a mulheres que sofrem violência sexual nesses hospitais; c) Fazer seguimento e avaliação dos hospitais capacitados, apoiando e monitorando os serviços implantados; d) Realizar avaliação do processo e dos resultados da implantação do atendimento nesses hospitais (Manual de operacionalização do processo de intervenção, CEMICAMP, março de 2011).

No ano de 2014, algumas unidades de saúde de Fortaleza-Ce, todas da rede secundária, foram contempladas com o processo de capacitação promovida por esse projeto, para atender adequadamente as mulheres que ensejam realizar o aborto legal, em caso de violência sexual. Como se vê, o projeto tem a preocupação de garantir que a prática e as intervenções por parte dos profissionais que atendem esses casos sejam legalmente adequadas.

Posteriormente, outras capacitações foram realizadas, promovidas não só pelo Ministério de Saúde, como também por iniciativa do próprio hospital, com a proposta de reunir os profissionais para discutir e refletir questões específicas referentes ao serviço.

Segundo dados do Ministério da Saúde, o país possui atualmente 65 hospitais qualificados na rede pública para realizar a intervenção prevista em lei. Foram realizadas 1.625 interrupções gerais de gravidez em 2012 (DIP, 2013). Em estudo realizado em 2007, Bedone e Faúndes (2007) afirmaram que, naquele período, no nosso país não havia serviços públicos que cuidassem da mulher vítima de violência sexual e praticassem o aborto legal, e já davam indicativos que novos serviços eram necessários, bem como intervenções para reduzir a violência e os abortos.

Desde a época de implantação desse serviço até a data de conclusão desta pesquisa, o que se observa a partir de estudos sobre o assunto é que o principal entrave para o atendimento dos casos de aborto é não existir uma equipe de profissionais dispostos para tal (SOARES, 2003). Consequentemente, para uma adequada atuação desses profissionais e o funcionamento correto e legal do serviço torna-se imprescindível que conheçam a legislação brasileira e os princípios estabelecidos pelo SUS, o que de fato não ocorre, afirmam Medeiros et al (2012).

Faúndes et al (2004), em pesquisa sobre conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas brasileiros sobre o aborto, perceberam que há uma notável deficiência dos médicos quanto ao conhecimento dos preceitos legais e, também, em relação às Normas Técnicas que regulam o aborto. Ele ressalta que o principal erro é a grande maioria acreditar ser necessário alvará judicial para a realização do procedimento do aborto em mulheres que sofreram estupro e, como consequência grave, tem-se a negação de um direito garantido a elas por lei.

É por esta questão principal, o pouco conhecimento dos profissionais sobre o assunto, que Loureiro e Vieira (2004, p.681) afirmam que “maior parte dos

serviços de saúde não está preparada para atender as mulheres vítimas de violência e, particularmente, os casos de estupro”.

Medeiros et al (2012, p.17), afirmam que “uma das dificuldades para a garantia do direito à saúde e para a adequada atuação profissional é o desconhecimento por parte dos profissionais e da população em geral acerca da legislação brasileira e dos princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Já Loureiro e Vieira (2004, p.687) afirmam que “embora tenham conhecimento razoável sobre as leis do aborto, a maioria dos médicos demonstrou não conhecer aspectos práticos importantes de sua aplicação”, uma vez que, habitualmente o BO é exigido por eles mesmo não sendo obrigatório.

Desta forma, é comum observar que é corriqueira a recusa dos profissionais de saúde em realizar o aborto, uma vez que quando não se tem o conhecimento técnico sobre o assunto, há o temor e o receio em fazer algo ilegal, além dos julgamentos, dos tabus e da estigmatização que acompanham o tema referente a aborto. Soma-se a isso o fato de, segundo D’Oliveira e Schraiber (1999, p.5), “os profissionais de saúde tendem a compreender a violência doméstica e sexual como problemática que não diz respeito à assistência médica, mas sim à esfera da segurança pública e à justiça, devendo, pois, ser reconhecida e enfrentada nas delegacias ou no sistema judiciário”.

Segundo Farias e Cavalcanti (2012), ainda existe o problema do uso inadequado do direito à objeção de consciência⁴⁰ por parte dos profissionais de saúde. E uma vez sendo feito uso de tal direito de maneira irregular, o direito ao atendimento à mulher que quer realizar o aborto legal é inviabilizado. As autoras constataram também:

⁴⁰ Conforme artigo 7 do Código de Ética Médica, “o médico deve exercer a profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente”. E no artigo 9, diz que ele pode “recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”. Assim, é garantida ao médico a objeção de consciência e o direito de recusa em realizar o abortamento em casos de gravidez resultante de violência sexual. No entanto, é dever do médico informar à mulher sobre seus direitos e, no caso de objeção de consciência, deve garantir a atenção ao abortamento por outro profissional da instituição ou de outro serviço. Não se pode negar o pronto atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que viole a lei, o código de ética profissional e os direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2012).

(...) a existência de diferentes dificuldades dos profissionais na construção de uma postura capaz de garantir o acesso ao aborto previsto em lei, e a interferência dos princípios éticos e dos valores religiosos como um elemento importante na postura do profissional que desestimula a prática do aborto legal (FARIAS E CAVALCANTI, 2012, p.1755).

Sobre essa realidade, Oliveira (1999, p.15) afirma:

Sabe-se que profissionais de saúde sensibilizadas/os e bem treinadas/os são agentes fundamentais na quebra do “ciclo da violência”. Já está passando da hora de o governo compreender a importância que os serviços de saúde podem ter no trato da violência doméstica, pois são os serviços mais procurados pelas mulheres em situação de violência, em especial os prontos socorros.

Drezett (2003, p.46) reforça que “profissionais e provedores de saúde deveriam estar adequadamente capacitados para o manejo clínico e psicológico das vítimas de violência sexual”. O autor acredita que, somente assim, a mulher que sofreu violência poderá ter o atendimento emergencial e profilático para não vir a contrair doenças ou uma possível gravidez, bem como ter acompanhamento social e psicológico para superar a violência vivenciada. E ressalta ainda:

As sobreviventes da violência sexual esperam mais que a simples aplicação de protocolos de conduta. Esperam receber atenção digna e respeitosa. Cabe aos profissionais de saúde o reconhecimento de seu importante papel no destino dessas mulheres. E o exercício ético e responsável de medidas protetoras de sua saúde e de seus direitos humanos (DREZETT, 2003, p.50).

É devido a essa realidade que a FEBRASGO determinou, em seu manual de orientação, que a equipe responsável em atender a mulher deveria ser multiprofissional e estar devidamente capacitada, sensibilizada e treinada para prestar um atendimento humanizado e competente (ANDALAF NETO, 2004). Desta forma, faz-se necessário buscar conhecer como se apresenta a equipe multiprofissional no campo deste estudo e de que forma funciona o serviço de atendimento à vítima de violência sexual que quer realizar o aborto legal.

No que se refere à equipe que atua no Gonzaguinha de Messejana, foi perguntado como eles percebiam a atuação dos profissionais em relação a estarem capacitados para atuarem especificamente no serviço do aborto legal ou não, e a psicóloga logo afirmou: *capacitação é dada, nem todos participam*, e a enfermeira endossou: *não, não estão capacitados. Precisaria ter mais treinamento*. A assistente

social ressaltou: *pra melhorar [o serviço], todo mundo tem que estar capacitado, e elas [capacitações] devem ser sistemáticas.*

Foi dada ênfase a esta questão porque inúmeros estudiosos sobre o tema constatam, através de pesquisas, que falta acontecer um preparo melhor dos profissionais para atuarem neste serviço. Farias (2012, p.1759) afirma, em relação a esta realidade, que “há um número significativo de profissionais de saúde que atuam no atendimento às mulheres com demanda por aborto legal e que não participaram de atividades de capacitação”. Somente devidamente capacitado e sensibilizado que, segundo Rocha (2015, p.394), seria possível adquirir:

[...] uma conduta na qual deve abstrair suas convicções morais, culturais, religiosas, bem como outros aspectos que possam influir no atendimento à paciente; ou seja, sua atitude deve ser norteadada, acima de tudo, pela imparcialidade (justiça).

Uma vez não capacitados, torna-se comum mulheres buscarem os serviços de saúde já fragilizadas devido à violência vivenciada, e serem vítimas de preconceito e do despreparo dos profissionais que as atendem. Segundo Lemos e Russo (2014, p. 302), “o atendimento tende a ser punitivo e discriminador, gerando, nas mulheres, sentimentos de insegurança, angústia, culpa e humilhação, num flagrante desrespeito às diretrizes que preconizam o direito de todos a uma assistência humanizada e de qualidade”.

As autoras reforçam que, “não raro, os profissionais de saúde utilizam seus próprios critérios morais em suas práticas assistenciais, e adotam ações punitivas em seu atendimento às mulheres que praticam o aborto, agindo como verdadeiros juízes”. Desta forma, o atendimento se torna desumanizado, discriminatório e estigmatizado, ou seja, totalmente o contrário do que prevê a lei e as normatizações.

Talvez por não haver predominância desta postura isenta de valores morais e pessoais por grande parte dos profissionais que atuam no Gonzaguinha de Messejana, que a enfermeira afirmou:

Acho que existe muita gente despreparada. Com certeza, demais! As pessoas não têm preparo. Não é porque não tá tratando mal, tratando com grosseria, que você esteja fazendo um tratamento adequado, não é isso! Tem que ter um treinamento na questão do lidar em si... do lidar com a

situação em si de violência, na questão do conversar, da discricção, de pra onde encaminhar, como encaminhar...

Além de uma postura julgadora apresentada por alguns profissionais como cita a enfermeira: *aqui dentro da sala eu não vejo preconceito, não vejo um atendimento de forma diferenciada não, [...] só não gosto daquela parte “a paciente do aborto”, dos comentários de alguns profissionais...ainda se percebe um comportamento antiético como menciona a assistente social: [...] ela passa pelo acolhimento com a enfermeira, e é encaminhada pela auxiliar de enfermagem que não sabe de nada e quando sabe ela espalha, aí fica todo mundo sabendo, e ela [a usuária] se sente muito, muito constrangida.*

Outra situação grave relatada pela psicóloga que ocorre no campo desta pesquisa é a diferenciação escancarada feita por alguns profissionais em relação a determinadas situações, resultando num atendimento diferenciado e desigual:

Quando é violência sexual e ela vem logo de inicio, nas 72 horas, os profissionais se sensibilizam muito, querem o mais rápido possível tá ajudando, são muito curiosos, querem saber o que está acontecendo, as vezes a ética é passada por cima, as pessoas querem saber, querem que a gente conte o que tá acontecendo, como é que é a história, se é verdade ou não, ficam focando entre si, passando a história, as vezes até vão de encontro à ética, ao sofrimento daquela pessoa, ne. Já em relação ao aborto legal, existe medo, existe preconceito, e existe objeção.

O fato que a psicóloga relatou foi percebido por mim durante a observação participante, de que, nos casos de profilaxia, ou seja, em que a violência ocorreu há menos de três dias, a usuária tende a ser melhor acolhida e os profissionais mais sensibilizados com o ocorrido. Já quando ela chega ao serviço relatando uma violência que aconteceu em um período maior de tempo, e que se descobriu gestante e tem o interesse no aborto legal, ela muitas vezes é alvo de julgamentos e preconceito, e da própria objeção em atendê-la.

Da mesma forma, foi observado por Soares (2003, p.401) que, na interrupção da gravidez por risco de vida no primeiro trimestre, ela encontrou mais aceitação entre os médicos, enquanto que o mesmo não acontece quando a interrupção é decorrente de estupro. Segundo ela, “o poder médico interdita ou referenda a prática do abortamento, facilitando ou criando impedimentos de acordo com o caso apresentado”.

Lemos e Russo (2014, p.302) enfatizam que “o cuidado à mulher que interrompe a gravidez diz respeito à garantia do direito à saúde, que é constitucional”.

Desta forma, elas ressaltam o fato que, o profissional de saúde no exercício de sua prática profissional, é antes de tudo um representante do Estado, e seus valores não deveriam, portanto, sobrepor-se à Lei. No entanto, sabemos infelizmente que não é isso que ocorre.

A enfermeira do Gonzaguinha de Messejana afirmou que já se deparou com a recusa de uma residente em não querer aplicar o misoprostol na paciente, mas relevou justificando o fato dela não ser médica ainda, e por ter agido corretamente ao passar o caso a um colega, que deu continuidade: *foi bem discreto, e agiu continuando o atendimento, não parou de atender por causa disso.*

Já o médico declarou que *infelizmente poucos médicos fazem isso [o procedimento do aborto legal], eles alegam questões religiosas, e ressalta que eles se utilizam do prurido religioso, terrível.* A psicóloga mencionou ainda o fato de que *normalmente os médicos só fazem depois que é feito a primeira introdução do misoprostol [após a aplicação pelo médico entrevistado].*

A recusa em realizar o procedimento foi citada pelos profissionais entrevistados como também foi observado por mim, de fato ocorre no campo desta pesquisa, em diversas situações, e por alguns profissionais. O argumento mais utilizado para agirem desta forma é o discurso religioso como foi citado pelo médico. Em relação a isso, Farias e Cavalcanti (2012, p.1761) ressaltam:

A presença do discurso religioso, observado na fala de alguns profissionais de saúde, ainda que muitas vezes confundido com o direito à objeção de consciência, demonstra que diante de uma cultura impregnada por uma religião de salvação, algumas normas estabelecidas passam a ser consideradas como violação da vontade divina.

Mesmo sabendo que não é competência do profissional o julgamento da informação apresentada pela usuária do serviço, e que, de uma maneira geral, os profissionais entendem que devem manter uma postura neutra e imparcial a respeito da decisão da mulher, não devendo julgá-la por ter optado pelo aborto legal, o fato é que muitas vezes os profissionais agem de forma contrária ao que deveria ser feito (ROCHA et al, 2015; SOARES, 2003).

5.3 O CÓDIGO DE ÉTICA E A CONDUTA DOS PROFISSIONAIS

Estudar o código de ética dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional faz-se necessário para conhecer os princípios éticos que norteiam e direcionam como deve ser a atuação de cada um deles, e assim, conhecer qual deve ser a conduta deles nos serviços e nas instituições, bem como especificamente no serviço de atendimento à mulher vítima de violência sexual no hospital campo desta pesquisa.

Ao analisar os códigos, percebemos que é comum a todos o dever de prestar atendimento e assistência aos usuários sem discriminação e distinção, como consta no artigo 15 do Código de Ética dos profissionais de enfermagem: Art. 15 - Prestar assistência de enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

Já os códigos do assistente social e do psicólogo ressaltam que a atuação destes profissionais não deve ser guiada pelos princípios pessoais. No artigo 5º, letra b, do Código de ética do assistente social consta que é dever: “garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código”. Neste artigo é dito claramente que, mesmo nas decisões dos usuários contrárias às convicções do assistente social, cabe a este respeitar e, assim, garantir o acesso ao que lhe é de direito.

No código de ética profissional do psicólogo, é vedado a ele, no artigo 2º, letra b: “Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais”, ressaltando que as convicções pessoais da usuária devem ser respeitadas mesmo que contrárias às dele.

Além disso, no artigo 6º, letra a, é dito que é vedado ao assistente social: “exercer sua autoridade de maneira a limitar ou cercear o direito do/a usuário/a de participar e decidir livremente sobre seus interesses”, e na letra c: “bloquear o acesso dos/as usuários/as aos serviços oferecidos pelas instituições, através de atitudes que venham coagir e/ou desrespeitar aqueles que buscam o atendimento de seus direitos”. Dessa forma, no caso do serviço de atendimento a mulheres em situação de violência sexual e/ou de aborto legal, o profissional não deve cercear o direito da

usuária de ter acesso ao aborto legal caso seja do interesse dela, somente porque ele não concorda, seja por questões religiosas e/ou pessoais.

O enfermeiro também deve se guiar pelo artigo 18 do seu código de ética, que diz ser dever dele: “respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem estar”. Assim, se é opção da usuária realizar tal procedimento, ela não deve ser julgada ou condenada por isso, pois tem o direito a decidir pelo que ela entende ser melhor para ela.

Em relação a esta questão de se evitar uma atuação que predomine o preconceito e discriminação, o código do psicólogo prevê, nos princípios fundamentais, inciso II: “O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”. Daí se vê o compromisso que este profissional tem em atuar mantendo uma postura respeitosa para com todos, e com isso, contribuir para a eliminação deste comportamento tão prejudicial ao usuário.

Quando entrevistados, os profissionais demonstraram conhecer com exatidão quais eram suas funções e principais atribuições enquanto integrante da equipe multiprofissional responsável em atender a usuária em situação de violência sexual e/ou de aborto legal, assim como a fala de cada um deles deixou bem claro que eles não agem e não atuam segundo preceitos religiosos, preconceituosos ou discriminatórios. Ou seja, o código de ética destes profissionais é cumprido, neste sentido, conforme tem que ser.

A assistente social e a psicóloga declararam atuar no acolhimento e acompanhamento da usuária, cada qual em sua especificidade: *Atuo no acolhimento dessa mulher, na orientação, no atendimento, na parte da notificação compulsória, e também na sensibilização das mulheres se dirigirem tanto ao IML quanto à delegacia*, disse a assistente social. A psicóloga afirma ser sua função: *acolher, quando vem da notificação do serviço social, acolhe-se ou após o serviço social ou após a intervenção do médico, e a gente faz todo o acompanhamento durante a internação dela*.

A psicóloga disse ainda que a psicologia deste hospital realiza um protocolo de atendimento organizado e instituído por eles, que não está previsto por

normas técnicas do Ministério da Saúde, demonstrando a preocupação e o cuidado que este setor tem com a usuária deste serviço:

[...] não tem protocolo nacional disso mas aqui foi estabelecido que antes dela fazer o aborto nós fariamos uma avaliação junto com ela, uma preparação para ela do próprio ato, ne, e uma conscientização da paciente do ato que ela vai fazer, ne, explicando a ela todas as consequências de uma atitude dessa e propor outras alternativas que não seja apenas o aborto, e proporcionar a ela segurança na equipe, conhecer de fato os processos, pra ela saber como é la dentro [na sala de parto onde se faz o procedimento], e como é que será pós o aborto, então ela vem depois fazer o ato se decidir por isso, durante o tempo que ela passa na sala de parto é feito o acompanhamento por todas nós, e, ao final, se a paciente assim desejar, ela vai ser direcionada para uma psicóloga ambulatorial responsável por vítimas de violência, ou então encaminhada para algum serviço fora daqui que possa contemplá-la.

Já a fala da enfermeira e do médico, principalmente deste, mostra que as ações deles já são mais pragmáticas em comparação com a atuação do assistente e do psicólogo. O médico disse que pouco tem contato com a paciente e com o relato que elas trazem, e que basicamente aplica o misoprostol pra abrir o colo do útero, e assim o abortamento acontecer:

[...] eu recebo a paciente, ela já faz as visitas lá no serviço social e na psicologia, então quando elas chegam já tá tudo legalizado, os papeis tudo organizado, eu tenho muito pouco contato, e também pra mim não é muito importante, ne, eu acho que é um direito delas, então eu nem questiono isso.

Cientes de sua função no serviço em questão, e de que forma devem atuar para melhor atender às usuárias, os profissionais relatam enfrentarem situações difíceis e constrangedoras no cotidiano de sua atuação.

A psicóloga afirma que realiza tais atendimentos mas que, se pudesse optar, não o faria pois *estar atendendo a essas pessoas remetem aos meus medos*. Já a enfermeira se diz por diversas vezes constrangida, porque *você fala na frente de todo mundo, por mais que você tente ser discreto, é impossível, você não consegue porque os leitos são um do lado do outro, então é impossível você fazer isso... ela fica exposta, não tem privacidade....* A assistente social diz: *já senti essa dificuldade de não ser uma pessoa que tá fazendo uma inquirição, ne, de ser um pouco policialesca na hora de perguntar sobre o ocorrido*.

Percebemos a tentativa dos profissionais em atuarem segundo os princípios éticos orientados pelos respectivos códigos de ética, no entanto, muitas

vezes esbarram nas limitações impostas pela própria instituição ou por questões de ordem pessoal ou emocional.

Uma grande dificuldade que se enfrenta para garantir um melhor atendimento à usuária que busca ter seu direito de realizar o aborto legal viabilizado, diz respeito à objeção de consciência previsto no código de ética do enfermeiro e do médico. Tal questão é inclusive mencionada pelo médico entrevistado, quando ele diz que um fator dificultante ao acesso da usuária ao serviço é que muitos médicos se negam a atender, utilizando-se do “prurido religioso”, alegando a objeção de consciência.

No inciso IX do capítulo II do código de ética médica, refere-se ao direito de: “recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”, assim como no código de ética dos profissionais de enfermagem, em parágrafo único do artigo 28, que fala em proibições: “nos casos previstos em Lei o profissional deverá decidir, de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo”.

Dessa forma, está previsto no código desses dois profissionais o direito de recorrer à objeção de consciência e assim, não realizar ou participar do procedimento do aborto legal, no entanto, o mesmo código deixa claro que a objeção deve ser feita com responsabilidade, de modo a garantir os cuidados que a usuária necessita por parte de outro profissional.

No artigo 1º do capítulo III, diz-se ser vedado ao médico: “causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência”. Dessa forma, a norma técnica do Ministério da Saúde, ao falar sobre a questão, reforça sobre a importância da usuária não ser desassistida de forma alguma, e assim ter o direito de realizar o aborto legal garantido, ao apresentar o inciso VII do código de ética médica:

O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

Assim, o médico pode optar por não realizar o procedimento, mas deve garantir a atenção ao abortamento por outro(a) profissional da instituição ou de outro serviço. No caso específico do Gonzaguinha de Messejana, um cuidado que os

psicólogos têm, com o fim do atendimento psicológico e o encaminhamento da usuária que continua firme a decisão de realizar o aborto legal, é de encaminhá-la para o médico que já é sabido que ele não opta pela objeção. Dessa forma, evita-se constrangimento à usuária além do descumprimento do que diz a lei.

É importante ressaltar também que o médico deve saber e ter a ciência que somente ele, por lei, pode realizar o aborto legal, não devendo ele, portanto, delegar este procedimento aos cuidados de outrem, como consta no artigo 2º do capítulo III: “é vedado ao médico delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica”.

Da mesma forma, o código de ética do enfermeiro garante a ele o direito a: “recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, família e coletividade”. Assim, caso o médico se recuse a realizar o procedimento do aborto legal, não pode realizar nem a enfermeira, nem a técnica de enfermagem, tampouco nenhum outro profissional. Somente assim, a usuária será resguardada e protegida de eventuais complicações e problemas decorrentes da má conduta por parte da equipe que a atendeu.

5.4 O SERVIÇO DE ABORTO LEGAL NO HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DE MESSEJANA E SUAS PECULIARIDADES

O serviço de atendimento a pessoa em situação de violência sexual no Gonzaguinha de Messejana, assim como o de aborto legal, como já foi dito, são referências não só no município de Fortaleza, como no estado do Ceará. Isso significa que a unidade é conhecida como tal, e por isso, a rede encaminha os casos diretamente para ali serem atendidos. Configura-se atualmente como o único hospital que possui uma equipe preparada e capacitada para a realização do aborto legal⁴¹.

Apesar de ser referência, e devido a isto, a demanda recebida ser razoável, e por este motivo o serviço estar constantemente sendo revisto na tentativa de ser melhorado, os profissionais entrevistados relataram enfrentarem

⁴¹ Alguns hospitais da rede municipal de Fortaleza-CE já oferecem o serviço de atendimento a pessoas em situação de violência sexual, enquanto que, no caso da realização do aborto legal, alguns estão se organizando e se capacitando para tal, e até iniciando os primeiros procedimentos, como é o caso da Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

algumas dificuldades no desempenho de suas funções, sendo algumas delas basicamente de ordem burocrática e de gestão.

Ao serem indagados sobre as principais dificuldades enfrentadas por eles no cotidiano de suas atuações neste serviço de referência, os profissionais citaram de imediato a questão da estrutura física inadequada para melhor atender as usuárias.

O médico disse: *eu acho que elas não deveriam ficar próximo às pacientes que estão parindo, era pra ser, aí a questão é física, eu acho que elas deveriam ficar em outro setor, um setor isolado.* Já a enfermeira ressaltou: *a gente tem uma equipe preparada, a gente tem o serviço social, o psicólogo, enfermeiros bons, os médicos bons, mas o que falta realmente é a estrutura. Procura a gente tem, paciente a gente tem, mas a estrutura pra atender esse tipo de paciente não existe.* A psicóloga acrescentou: *nós poderíamos ter um local específico, deveríamos ter, quer dizer, um local específico para acolhê-la onde todos os profissionais poderiam atuar junto com ela [usuária].*

A questão da estrutura física inadequada e o fato de não se ter uma sala específica para este atendimento foi bastante reforçada por todos. Foi colocado pela enfermeira, psicóloga e assistente social como o principal elemento dificultador do atendimento correto, sigiloso e ético, conforme as falas a seguir:

O que ta precisando é realmente de um espaço pra essas pacientes, e principalmente pras vítimas de violência, a gente tem criança vitima de violência que entra aqui assustada, vê paciente gritando em trabalho de parto, vê tudo, o adulto mesmo, você não tem espaço, daí você não tem como conversar, não tem como abordar, você vai orientar, você vai perguntar, tem que ser tudo muito discreto, como ter discrição? Em uma sala com seis, sete cadeiras? Você fica constrangida e constrange a pessoa, e a pessoa que ta do lado percebe que você ta querendo disfarçar alguma coisa, por que você ta querendo disfarçar? E assim, como aqui é muito procurado, eu acho que deveria investir na questão da estrutura física, até porque não é um atendimento que deve ser misturado, eu acho. "Ah, tem que ser excluído?". Não, não tem que ser excluído, mas tem que ser diferenciado, diferenciado para melhor, eu vejo dessa forma (enfermeira).

A estrutura física não contempla totalmente o que a norma técnica diz, ne, o numero de profissionais não é suficiente, por exemplo, nós não temos psicologia a noite nem no final de semana, nós não temos médico que faz essa atividade todos os dias e todas as horas como preconiza a norma, ne, fisicamente nós não temos espaço próprio pra atender essa pessoa, ela é atendida dentro de uma sala de parto, quando esta em processo de parto, ela ta junto de outras mulheres parindo (psicóloga).

Pois sim, o hospital, pra ele ser um hospital de referência, ele também tem que ter a referência, qual e a referência do atendimento de violência? Qual é a sala de atendimento da violência? Não tem uma referência, entendeu? E esse fator é que eu acho que é o mais crítico. Eu acho que é onde toca: como acolher uma família? Porque as vezes a gente não acolhe só uma pessoa, mas a gente acolhe a família também (assistente social).

A psicóloga ressalta: *esse serviço não é perfeito, está em processo, apesar de tantos anos que o hospital já é referência, nós ainda precisamos de uma rotina, de uma organização maior, de uma integração da equipe, de estrutura física [...].*

Há, portanto, o reconhecimento por parte da equipe multiprofissional entrevistada sobre as deficiências do serviço, e o que poderia e deveria ser feito pra melhorar a atuação destes e conseqüentemente o atendimento da usuária.

A enfermeira entende como um dos entraves para o atendimento adequado a questão do fluxo: *pra mim, esse fluxo não é claro. Não está claro, e complementa:*

Eu acho que funcionaria muito bem se tivesse um fluxo de entrada: essa paciente vai entrar como, ela vai passar por quem, ela vai pra onde, e que ela não ficasse indo de canto em canto, que tivesse um local pros profissionais irem acolher ela, ela já tão machucada, tão traumatizada, já em uma situação tão difícil pra ela ir procurando de lugar em lugar, acho que ela devia ficar num fluxo organizado, que devia ter um protocolo bem definido pra toda equipe... até porque a equipe tem que falar uma língua só (enfermeira).

A psicóloga, assim como a enfermeira e a assistente social, mencionou a importância de se ter capacitações para que os profissionais estejam mais preparados e sensibilizados para atuarem neste serviço, como vemos nas falas a seguir:

Eu acho que precisava de um espaço específico para atendê-la, precisaria capacitação, mais intensiva, constante, precisaria de estudos de casos com os profissionais, com todos, e precisaria que a comissão de violência fosse mais atuante, ne, fosse mais presente (psicóloga).

Já fiz um curso de atendimento a vítima de violência, e assim, mudou muito a minha visão depois do conhecimento que eu adquiri lá, sabe, mudou bastante (enfermeira).

Eu acho que deveria ter um grupo de estudo (assistente social).

Como foi relatado pelos profissionais entrevistados, e pelo que foi observado por mim enquanto pesquisadora, de fato se trata de um serviço que não está perfeito, mas conta com uma equipe multiprofissional engajada e compromissada, além de interessada em atender da maneira mais adequada a usuária, apesar das limitações e entraves que ainda encontra e se depara no seu cotidiano profissional.

Somente assim, com a existência de profissionais compromissados eticamente com suas funções, esclarecidos e capacitados sobre os serviços aos quais estão envolvidos, é possível ultrapassar as limitações e dificuldades existentes para melhor atender aos usuários.

O próximo e último capítulo trará os resultados dos dados coletados através da aplicação de questionários com os profissionais que compõem a equipe multiprofissional que atendem aos casos de violência sexual e de aborto legal, e que, portanto, dizem o que entendem destas questões, seguido de uma análise, além de uma reflexão e discussão sobre o assunto, e correlação com o que dizem os estudiosos sobre o assunto.

6 RESULTADOS DO ESTUDO: ANÁLISE E DISCUSSÃO

Com o objetivo de investigar como pensam e agem os profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional responsável em atender mulheres em situação de violência sexual que desejam realizar o aborto legal no Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana, aplicamos 21 questionários a fim de coletar deles dados e questões referentes ao assunto em estudo para posterior análise e discussão.

Dos 21 questionários, seis foram respondidos por assistentes sociais, seis por psicólogos, cinco por médicos e quatro por enfermeiros, após consentirem participar depois de apresentada a pesquisa, e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

6.1 ABORTO X ABORTO LEGAL X ABORTO LEGAL À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Percebemos que há uma nítida diferenciação feita pelos profissionais em relação a estas três situações, ou seja, cada situação é vista de uma forma diferente pela grande maioria.

No que diz respeito ao aborto em si, enquanto que 13 se disseram contra, apenas quatro são a favor e quatro são indiferentes à questão. Já em relação ao aborto legal, 14 são a favor, ou seja, há o entendimento de que o aborto deve ser condenado e criminalizado, em contrapartida àquele previsto em lei, este passa a ser mais aceitável devido a esta legalidade antevista em nossa constituição.

Aqueles que defenderam a realização do aborto de uma maneira geral, tinham como principal bandeira a liberdade da mulher em decidir o que ela quer e entende como melhor para si, enquanto que os que defendem apenas os casos previstos por lei alegavam *ser traumático para a mulher [dar continuidade a uma gestação não planejada] que sofre nova violência; por se tratar de uma gravidez indesejada e não planejada, e pode ser danoso à mulher e à criança seguir em frente com uma gestação fruto de uma violência.*

Já aqueles que se disseram contra qualquer forma de aborto são assim por questões religiosas, conforme suas justificativas: *Sou contra porque a criança é tão vítima quanto a mãe; Devido minhas crenças e princípios religiosos; Ninguém*

tem o direito de tirar a vida de ninguém, mesmo que seja um feto; Porque se o ser concebido poderá vir a ser um paciente a quem se possa tratar cirurgicamente dentro da barriga, então é uma pessoa, e se é uma pessoa ele tem direito à vida.

Nos casos específicos de aborto legal após a mulher ter sofrido violência sexual, 16 se disseram a favor enquanto que apenas cinco são contra, ou seja, duas pessoas que eram contra o aborto legal em outros casos são a favor nestes casos de estupro que gerou uma gravidez indesejada.

As alegações que predominam são que *Ela tem o direito de escolher, já que não teve escolha quanto à violência, e Obrigar a vítima a continuar com esta gestação é uma outra forma mais brutal de violência*, porém, duas pessoas que se disseram a favor ressaltaram o caráter de apenas serem quando comprovado pela mulher, através de BO ou exame em IML, que ela sofreu uma violência sexual, o que sabemos que não é possível conforme a lei.

6.2 O SERVIÇO DE ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E/OU ABORTO LEGAL

Dos 21 profissionais que responderam ao questionário, dos quais cinco são contra o aborto legal nos casos de violência sexual, apenas um é contra o serviço de atendimento à pessoa em situação de violência sexual.

Significa que o serviço que garante o acolhimento, a profilaxia, o atendimento social, psicológico e médico, ou seja, todos os cuidados que esta mulher necessita, é bem visto por eles, até mesmo por quatro deles que não concordam com o procedimento do aborto legal caso a usuária venha a desejar realizar.

Não só foi quase unânime a resposta favorável ao serviço existente neste hospital, como muitos fizeram sugestões de melhora para o serviço da qual o campo de pesquisa é referência.

As sugestões diziam respeito principalmente à estrutura física do hospital e da necessidade de capacitações direcionadas à equipe que atua atendendo a usuária deste serviço: *Precisamos de um espaço físico adequado e mais capacitação à equipe; Ainda temos o que caminhar, capacitar a equipe técnica, disponibilizar uma sala de atendimento; É extremamente necessária a ajuda e o apoio profissional à vítima, uma vez que esta se encontra vulnerável e traumatizada;*

Acho positivo o serviço que envolve vários profissionais, entretanto ainda há necessidade de capacitação à essa equipe para um atendimento digno e humanizado.

6.3 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ESTÁ CAPACITADA PARA ATENDER AOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E DE ABORTO LEGAL?

Dos 21 profissionais que responderam ao questionário, 20 afirmaram já ter atendido algum caso, e 16 acompanhou situação de aborto legal, no entanto, sem estarem capacitados para tal.

Dos 21, somente seis passaram por algum curso/seminário/oficina de capacitação sobre o atendimento à pessoa em situação de violência sexual ou aborto legal. Aqueles que afirmaram terem se capacitado de alguma forma sobre o tema, dois são assistente sociais, dois enfermeiros e dois médicos. Nenhum psicólogo, portanto, afirmou ter tido a oportunidade de se capacitar para melhor atender a usuária nestes casos.

Podemos apreender desta realidade que, de uma maneira geral, os procedimentos que são feitos por eles parecem ser realizados a partir do conhecimento que adquirem no local, na prática e no cotidiano de sua atuação, no entanto, ficam deficientes das discussões sobre o assunto que desmistificam a questão, bem como desatualizados das normas e da legislação, e até mesmo do fluxo de atendimento interno. Tal fato pode gerar problemas graves à usuária que busca o serviço da qual o campo desta pesquisa é referência.

A deficiência no preparo e na capacitação dos profissionais que atuam neste serviço é discutida e ressaltada por autores como Faundes e Soares: “o despreparo para lidar com estas questões [violência sexual, abortamento e questões de gênero] está relacionado com a falta de capacitação e do consequente domínio de instrumental teórico e prático para tratar dos agravos resultantes da violência sexual” (SOARES, 2003, p.400).

6.4 O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A LEGISLAÇÃO E A NORMATIZAÇÃO REFERENTE AO ATENDIMENTO A PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E DE ABORTO LEGAL

Para saber se os profissionais conhecem a lei, e, conseqüentemente realizam o atendimento à pessoa em situação de violência conforme o que é preconizado, garantindo assim os direitos inerentes a ela, perguntamos primeiramente quais são as três situações em que o aborto é permitido em nosso país, previsto em nosso Código Penal.

Neste caso, 16 profissionais respondem corretamente as três situações, enquanto que apenas cinco não responderam corretamente ou afirmaram não conhecer. Destes cinco, um é enfermeiro, dois são psicólogos e um é assistente social, já os cinco médicos responderam com louvor.

Nos casos de resposta incompleta referentes à essa questão, aqueles que responderam não esqueceram do aborto legal após estupro, assim como dos casos de anencefalia, mas esqueceram o aborto legal nos casos em que a mulher corre risco de morte, confundindo-se com má formação congênita ou quando ocorre microcefalia. A situação de violência sexual não poderia ser esquecida devido a ser a maior demanda que o hospital recebe, além de raros casos de anencefalia.

Outra questão perguntada é se o profissional conhece a lei que define as três possibilidades de ser feito o aborto, neste caso, o artigo 128 do Código Penal, e se conhece também a norma técnica lançada em 1999 e atualizada em 2012 pelo Ministério de Saúde, norma esta que regulamenta o serviço de atendimento a pessoa em situação de violência sexual nas unidades de saúde. Apenas 13 afirmaram conhecer, e oito disseram não conhecer, dos quais dois são médicos, um enfermeiro, três psicólogos e dois assistentes sociais.

Na questão seguinte, foi perguntado aos que afirmaram conhecer a lei e a norma técnica, se eles entendem se as mesmas são colocadas em prática no hospital que é campo deste estudo. Somente 13 responderam sobre isso, nove disseram que não totalmente, e apenas seis disseram que sim, totalmente, enquanto que os demais pularam a questão.

Dos que responderam que sim, elas são totalmente colocadas em prática, houve ainda quem fizesse determinadas observações denotando que não se pode fazer tal afirmação absoluta, como a de um médico: *O direito ao aborto legal é*

atendido, porém ocorrem casos isolados de dificuldade de acesso por conta do direito do profissional de não realizar o procedimento [objeção de consciência]. Conforme esta justificativa, ele deveria ter dito que a legislação não é colocada em prática em sua completude.

Já a maioria deles afirmou que a lei e a norma não são colocadas totalmente em prática fazendo as seguintes justificativas: Somente um médico age sem preconceito ou discriminação, sem julgamento de valor; Ainda há muito juízo de valor e preconceito diante do aborto legal; Entendo que a objeção de consciência só pode ser realizada caso outro profissional médico se responsabilize durante o plantão, entretanto, apenas poucos médicos realizam o aborto e na ausência dele o serviço é interrompido; Questões estruturais de espaço que não garantem a privacidade e a não realização por uma parte da equipe médica, tendo a vítima que aguardar; Os profissionais em sua maioria não se sentem capacitados para conviver com essa realidade; Ainda acho que as pacientes ficam expostas e há demora no atendimento.

Podemos depreender destes dados que os profissionais conhecem, em sua maioria, as formas em que o aborto é permitido por lei – dos 21, 16 conhecem – mas não conhecem a lei, tampouco a norma técnica – dos 21, oito não conhecem. Por outro lado, mesmo sem conhecer a lei e a normatização que define como deve ser o serviço, a grande maioria – dos 13 profissionais que responderam, nove deles – afirmam que elas não são colocadas totalmente em prática no hospital em que atuam e que é o campo desta pesquisa.

Isto pode ser explicado pelo fato deles entenderem e perceberem, no cotidiano de suas ações, que algo tem que ser diferente do que está se apresentando na atualidade, de modo a garantir o melhor e mais adequado atendimento a esta usuária.

Ainda sobre os conhecimentos que os profissionais possuem sobre o assunto em estudo, percebemos que poucos são os que conhecem a lei e a normatização, mas da mesma forma como eles, em sua grande maioria, conhecem as três formas do aborto ser realizado por lei, eles também sabem, de uma maneira geral, a documentação que deve ser obrigatoriamente apresentada pela usuária do serviço.

Tal fato pode ser compreendido pela atuação dos profissionais muitas vezes ser baseada no aprendizado que adquirem do próprio cotidiano de sua

atuação, da troca de conhecimento com os colegas, e do que lhes é passado pela coordenação do setor e até mesmo pela direção da unidade sobre como agir em determinados casos e serviços.

Sobre essa questão da documentação a ser obrigatoriamente apresentada pela usuária, uma observação que merece destaque é o fato de quatro pessoas terem respondido que deve ser exigido à mulher o boletim de ocorrência proveniente de uma delegacia, sendo destes quatro, dois médicos. Estes se mostraram enfáticos, assim como o médico que se recusou a participar da pesquisa, em relação a essa questão. Isso é muito grave quando se sabe que são os médicos os únicos que podem realizar o aborto legal, e se ele acredita que o boletim de ocorrência tem que ser apresentado para tal, a mulher certamente será lesada quando aos seus direitos previstos em lei.

Por outro lado, nenhum médico afirmou que a mulher precisa ser encaminhada do Instituto Médico Legal – IML, após ter feito exame de corpo delito para fins de comprovação da violência vivenciada, ao hospital para ser atendida pela equipe. Apenas dois profissionais fizeram esta afirmação, um assistente social e um psicólogo.

Referente ao encaminhamento do caso, através de relatório, ao Conselho Tutelar, por parte da equipe nas situações em que crianças e adolescentes são vítimas de violência sexual, o fato de 17 dos 21 profissionais terem respondido que é obrigatório ser feito pela equipe tal procedimento, demonstra a atenção que é dada quando se refere a este público específico.

É de conhecimento de praticamente todos os profissionais que o órgão citado deve ser acionado, o que demonstra também a indignação dos profissionais quando a violência ocorre contra estas pessoas, uma vez que são “inocentes”, “indefesos” e “verdadeiras vítimas”, diferente dos casos referentes às mulheres, pois estas podem estar mentindo ou agindo de má fé ao relatarem serem vítimas sem nenhuma documentação para “comprovar”. Daí, talvez, o motivo para uma maior sensibilização e indignação dos profissionais quando se deparam com estes casos.

Em relação à autorização do médico para a realização do aborto legal, de 21 profissionais oito responderam que é obrigatório a mulher apresentar, ou seja, um quantitativo significativo. Pode ter ocorrido um erro de interpretação por parte de alguns profissionais ao responder esta questão, uma vez que não existe no serviço

do Gonzaguinha de Messejana um documento deste tipo fazendo parte dos protocolos necessários para a realização do aborto legal.

Para o procedimento ser feito, o que é necessário ter é a disponibilidade de um médico que não opte pela objeção de consciência para atender esta mulher, de modo a realizar o aborto após ela ter assinado um termo na qual ela declara estar gestante após ter sofrido uma violência sexual. Sobre este termo, 19 dos 21 reconhecem que ele deve ser exigido. De fato, o procedimento somente é realizado se ela tiver assinado este termo, após ela ter passado pelo acompanhamento social e psicológico, sendo o termo necessário para descriminalizar o médico que realiza o aborto, uma vez que ela declara que a gravidez foi fruto de uma violência.

6.5 A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS: COMO ELES SE VEEM

Perguntamos aos profissionais que estavam respondendo o questionário, como eles percebem as práticas profissionais no serviço de atendimento a pessoa em situação de violência sexual existente no hospital campo desta pesquisa. Eles deveriam marcar as opções que eles entendiam como aquelas que, na percepção e experiência deles no seu cotidiano profissional, aconteciam e eram observados por eles.

Neste caso, a maioria declarou que os profissionais não gostam de atender a estas situações de violência – de 21, 15 não gostam –, assim como os profissionais não estão capacitados para tal – de 21, 15 não estão – e afirmaram ainda que eles fazem julgamentos às usuárias que são atendidas – de 21, um total de 12 fazem julgamentos.

Por outro lado, foi declarado também que os profissionais buscam atender conforme preconiza a lei – de 21, 12 agem desta forma – e estes atuam de maneira articulada com os demais que compõem a equipe – de 21, 15 atuam assim.

O fato deles terem declarado perceber que os profissionais não gostam de atender tais casos, e quando o fazem, muitos ainda julgam e condenam a pessoa que sofreu a violência, Soares (2003) constatou em seu estudo que “Uma das dificuldades para a implantação dos serviços de atendimento ao aborto previsto em lei tem sido a de identificar profissionais de saúde disponíveis para atuar” (SOARES, 2003, p.400).

Além disso, a necessidade dos profissionais serem capacitados para tal, o que segundo eles, não o são, se faz indispensável quando se sabe que, somente assim, desmistificados e melhor esclarecidos sobre o assunto, os julgamentos por parte deles poderiam ser diminuídos ou eliminados.

Quanto a isso, Rocha (2015) afirma: “A finalidade da assistência à saúde prestada pelo Estado é afiançar o exercício desse direito à vítima, não sendo da competência do profissional o julgamento prematuro da informação por ela prestada” (ROCHA, 2015, p.391), no entanto, eles mesmos, no campo deste estudo, veem que se trata de algo que ocorre costumeiramente. E talvez a dificuldade de se encontrar profissionais dispostos a atuarem neste serviço tenha como principal motivo esse, que para tal, se faz necessário “abstrair suas convicções morais, culturais e religiosas” (ROCHA, 2015, p.394), o que nem todos estão dispostos ou querem fazer.

Apesar das dificuldades, é dito por eles que se busca atuar conforme os ditames da lei, concordando ou discordando com ela, e de maneira articulada, uma vez que o assistente social obrigatoriamente necessita encaminhar ao psicólogo para o devido acompanhamento da usuária, assim como este encaminha ao enfermeiro e médico para que ela tenha os cuidados e atendimentos garantidos, e estes, por sua vez, somente atendem a paciente após vir encaminhada do serviço social e da psicologia. A equipe multiprofissional precisa atender de forma totalmente articulada, assim como preconiza o fluxo interno de atendimento.

6.6 DIFICULDADES E FACILIDADES ENCONTRADAS PELOS PROFISSIONAIS NESTE TIPO DE DEMANDA SOCIAL

Aos profissionais participantes da pesquisa foi perguntado quais dificuldades e quais avanços eles elencariam que costumam ocorrer e impedir, ou favorecer, um atendimento mais adequado/favorável à usuária deste serviço da qual o campo do estudo é referência.

Em relação às dificuldades elencadas, a grande maioria destacou a ausência de espaço físico e/ou de uma sala adequada para a mulher ser melhor atendida – de 21, 12 destacaram esta questão. Sobre este aspecto, todas as assistentes sociais mencionaram como grande dificultador para um atendimento sigiloso, eticamente responsável e adequado à usuária. Já três dos seis psicólogos

fizeram referência a este aspecto, assim como três de quatro enfermeiras e três de cinco médicos.

Referente a isso, a Norma Técnica do Ministério da Saúde, ao falar sobre a questão da instalação e área física, e como ela deve se configurar nas unidades de saúde que se propõem a disponibilizar este serviço, é bem clara e enfática:

Para o atendimento de mulheres que sofreram violência sexual deve ser definido um local específico, preferentemente fora do espaço físico do pronto-socorro ou da triagem, no sentido de garantir a necessária privacidade dessas pessoas durante a entrevista e os exames. Essa medida é fundamental no processo de acolhimento, estabelecendo um ambiente de confiança, respeito e compreensão da complexidade do fenômeno (BRASIL, 2012, p.18).

Percebemos, através do destaque dado por grande parte dos profissionais ao colocarem como um aspecto dificultador de um melhor atendimento à usuária deste serviço, que o hospital não está adequado conforme dita a norma. Porém, é importante ressaltar que percebemos, durante a observação participante, que estes se esforçam de inúmeras formas, pra evitar constrangimentos à usuária, que não deve ser revitimizada pela ausência de estrutura física adequada.

De fato não existe um local específico e apropriado, mas os profissionais evitam colocar mulheres que estão em trabalho de parto juntamente dela, na tentativa de garantir uma maior privacidade e sigilo. O fato de terem esta preocupação, já demonstra a sensibilidade e cuidados existentes por parte de alguns profissionais em relação a esta paciente, na tentativa de amenizar o que não está adequado.

A segunda dificuldade mais colocada pelos que responderam ao questionário diz respeito à questão da objeção de consciência e a dificuldade de dar continuidade ao procedimento, bem como ao fato de poucos médicos realizarem o aborto legal – de 21, sete falaram sobre isso. Dos sete que mencionaram o assunto, quatro são psicólogos.

Estes sentem enorme dificuldade com esta questão, e por vezes se veem impedidos de dar continuidade ao seu trabalho, porque são eles os responsáveis em encaminhar a paciente para a realização do aborto legal após o preparo e acompanhamento psicológico realizado por eles que obrigatoriamente antecede o procedimento, e muitas vezes esbarram na ausência do médico para tal porque a esmagadora maioria opta pela objeção de consciência.

Foi falado também pelos psicólogos e assistentes sociais que é comum ser encaminhada a paciente ao médico que não faz objeção em atendê-la, este inicia o aborto com a primeira ou as primeiras aplicações do medicamento, e com a mudança do plantão, os demais médicos se recusam a dar continuidade, prejudicando o andamento do processo que já teve início. Este fato foi relatado também por três dos cinco médicos que responderam ao questionário, sendo colocado por eles que se trata sim de um grave problema que dificulta o melhor atendimento à usuária.

Outras questões que foram igualmente mencionadas como aspectos que impedem que o atendimento a esta pessoa que adentra a unidade de saúde em estudo, buscando acolhimento conforme ela tem direito previsto em lei, são a necessidade da equipe estar constantemente sendo capacitada para fins de sensibilização, desmistificação do assunto, esclarecimento do fluxo e das funções específicas de cada profissional, pois nem todos se encontram atualizados e cientes do que diz a lei e como se configura o fluxo interno de atendimento.

Além disso, e talvez devido a isso, foi dito por seis profissionais que ocorre desconfiança; preconceito; julgamento; revitimização e a exposição da usuária do serviço por parte de alguns profissionais. Se isso ocorre, certamente esta pessoa não está sendo atendida como deveria, assim como estes profissionais não estão devidamente capacitados para atuarem. Mais grave ainda é saber que se trata de uma usuária que adentra proveniente de uma violência sofrida, e que sofre outra violência quando é julgada ou discriminada no local que ela deveria ser somente acolhida e resguardada.

Outras situações citadas foi que deveria ter maior divulgação do serviço para que não falte a informação adequada ao usuário; foi citado também o fato do hospital não dispor de todos os profissionais que compõem a equipe multiprofissional por 24 horas, uma vez que o psicólogo somente atua nos plantões diurnos, e a existência de pouco apoio e compromisso de equipamentos de retaguardas para posterior acompanhamento à vítima e/ou familiares.

Dois médicos citaram a necessidade de se ter mais rigor com estes casos, alegando que a usuária deveria ser obrigada a apresentar uma comprovação da violência. Percebemos através desta fala o conservadorismo por parte principalmente destes profissionais, enquanto que a mesma questão – o fato de não

ser obrigatória a apresentação de BO para ter o atendimento garantido – é visto como avanço por outros.

Quanto aos pontos positivos e/ou avanços mencionados pelos profissionais que devem ser destacados são, primeiramente, a existência de uma equipe multiprofissional/interdisciplinar no campo desta pesquisa, que trabalha de forma integrada e articulada.

Em relação a isso, a Norma Técnica prevê a necessidade de existir uma equipe multiprofissional para que a usuária seja devidamente atendida conforme as múltiplas questões que ela pode vir a apresentar, questões de ordem social, psicológica e médica:

O ideal é que o atendimento seja prestado por equipe interdisciplinar e a composição de seus membros pode variar conforme a disponibilidade maior ou menor de recursos humanos nas unidades de saúde. É desejável que a equipe de saúde seja composta por médicos(as), psicólogos(as), enfermeiros(as) e assistentes sociais. Entretanto, a falta de um ou mais profissionais na equipe – com exceção do médico(a) – não inviabiliza o atendimento. Ainda que cada um (a) desses (as) profissionais cumpra papel específico no atendimento às mulheres e aos adolescentes, todos (as) devem estar sensibilizados para as questões de violências de gênero. A capacitação nessa área requer a disponibilidade do (a) profissional em perceber essa problemática como um fenômeno social capaz de produzir sérios agravos à saúde das mulheres e dos adolescentes (BRASIL, 2012, p.19).

A existência de um médico que realiza o aborto e que não opta pela objeção de consciência foi destacada como ponto positivo por três profissionais. De fato, sabemos que se não houvesse pelo menos um médico na unidade de saúde disponível em realizar o procedimento do aborto legal, o serviço não poderia existir uma vez que somente o médico pode realizar conforme as normatizações.

Além disso, questões como a organização de um prontuário para atendimento à pessoa em situação de violência sexual; o apoio da direção a esse trabalho; a não exigência da documentação legal (BO, laudo da PEFOCE) ou de autorização judicial; a realização de reuniões e seminários sobre o assunto; o interesse da equipe em melhorar o serviço; a criação de uma comissão para discutir questões referentes ao serviço; a existência da lei para definir e regulamentar; o fato de sermos referência neste serviço/legitimada como tal; a mulher se encontrar mais consciente dos seus direitos, e até o fato de sermos um dos únicos hospitais que realiza três atendimentos psicológicos antes do aborto legal, foram levantados como

avanços importantes para a melhoria do serviço, e conseqüentemente o melhor atendimento aos usuários dele.

Percebemos, portanto, que inúmeros são os desafios enfrentados pelos profissionais no cotidiano deles especificamente na atuação deste serviço, mas também é notório o esforço em garantirem um atendimento adequado a esta usuária.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando definido o tema *Concepções e práticas da equipe multiprofissional sobre o aborto legal em um hospital materno-infantil de Fortaleza-Ce* como objeto de estudo para a realização deste trabalho de conclusão de curso, já imaginava que se trataria de um trabalho árduo devido ao assunto complexo e da pouca aceitação por grande parte das pessoas, inclusive do público participante da pesquisa.

O assunto *aborto legal*, para alguns dos profissionais entrevistados, logo de imediato é acompanhado pela repulsa e pelo receio de falar sobre o assunto para “não se comprometer”. Isto porque, de uma maneira geral, eles entendem que a usuária que chega para atendimento, independente da demanda que traz, deve ser acolhida e atendida conforme o que preconiza não só as normas técnicas mas também o seu código de ética enquanto profissional. No entanto, apresentam dificuldade porque esta é uma demanda diferenciada. E é diferenciada pelo fato de mexer com questões de foro íntimo e pessoal, principalmente de caráter religioso e moral.

As explicações para o fato de alguns profissionais se recusarem a não só falar sobre o assunto mas também a atenderem a estes casos estão relacionadas a questões religiosas e de princípios morais, além do receio de ficarem conhecidos e estigmatizados como “profissional aborteiro”. Parece ser muito mais glamoroso e compensatório ser conhecido como aquele que salva vidas, do que como aquele que “ajuda a matar e tira vidas inocentes”. Por tudo isso, Soares (2003) afirma que identificar profissionais de saúde disponíveis a atuar neste serviço se trata de uma das maiores dificuldades para sua implantação.

Outra questão levantada por um dos profissionais participantes da pesquisa diz respeito ao assunto relacionar-se, também, com “questões de ordem política”. Para ele, o serviço referente ao atendimento de mulheres que sofreram violência sexual e que pretendem realizar o aborto legal está mais ligado a políticas de “esquerda” que se chocam com posições consideradas de “direita”. Em outras palavras, os partidários da ideologia de esquerda seriam favoráveis ao aborto, enquanto os de direita contra esta prática.

Claro que não se trata de um problema ainda difícil de ser compreendido no âmbito da garantia dos direitos humanos e não simplesmente como tendências

ideológicas de esquerda ou direita. Continua um tema fecundo para ser tratado não só pelos movimentos feminista mas por todos aqueles que se preocupam com a consolidação de um Estado democrático em sua essência.

No que se refere aos profissionais desta unidade de saúde, dos quatro entrevistados, todos eles atuam neste serviço, mas somente um se diz a favor do aborto. Da mesma forma, para aqueles que responderam ao questionário: a grande maioria é contra o aborto, sendo que uma parte considerada se diz a favor do aborto quando legal. Aqueles que são contra, atuam no serviço da mesma forma, pois entendem que devem fazer seu trabalho sem distinção de usuário e da demanda trazida por ele.

No caso desta pesquisa, o aborto legal em análise foi somente o resultante de um estupro, e, por este motivo, a *violência sexual* deveria ser uma das categorias a ser estudada e discutida. A problemática da violência sexual contra a mulher vem sendo reconhecida por diversos órgãos, inclusive pelo Ministério da Saúde, como um problema de saúde pública, diante da relevância da questão e das imbricações que ela comporta (OLIVEIRA et al, 2005).

O Ministério da Saúde entende que se trata de “uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes.” (BRASIL, 2012, p.9).

Por ser entendida como uma questão de saúde pública, uma vez que a mulher que sofre violência sexual pode vir a apresentar inúmeros problemas de saúde, como doenças sexualmente transmissíveis, problemas ginecológicos, questões de ordem psicológica e mental, assim como a necessidade de realizar o aborto, foi necessário buscar conhecer como a *saúde da mulher* está se apresentando no contexto atual.

O conceito de saúde, de uma maneira geral, foi ampliado com a reforma sanitária que ocorreu no final da década de 1970 e efetivado com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que propunha a saúde como sendo “um direito do cidadão, um dever do Estado, e acesso universal a todos os bens e serviços” (TELES e MELO, 2002, p.36).

Já a saúde da mulher, esta teve dois marcos principais: a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que aconteceu em 1984 e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes, vinte anos depois, em 2004. Devido às “necessidades em saúde feminina não poderem ser reduzidas a processos patológicos” (MANDÚ ET AL, 1999, p.35), a

saúde da mulher passou a ser vista em suas múltiplas dimensões para melhor contemplá-la.

Especificamente em relação à questão da violência sexual, em 2005 foi criada a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres e mais recentemente, em 2013, o Programa Mulher: Viver sem Violência. Este último busca consolidar ações voltadas para a humanização do atendimento às mulheres em situação de violência e integração dos serviços, através de seis eixos.

Sob a ótica das políticas públicas percebe-se visibilidade por parte do governo, para que os órgãos atuem de maneira a garantir os direitos e cuidados necessários à pessoa que vivencia a violência sexual, bem como para que a sociedade perceba que se trata de uma questão que requer a devida atenção por parte de todos, assim como dos profissionais que atuam na área da saúde ao acolher este tipo de demanda.

No que se refere aos profissionais que atuam e compõem a equipe multiprofissional que atende às mulheres que vivenciaram situação de violência sexual e aquelas que ensinam realizar o aborto legal, vários são os autores que dialogam sobre a necessidade de se ter na unidade de saúde profissionais capacitados e qualificados para tal. Entende-se que, uma vez devidamente capacitados, a mulher vai ser adequadamente atendida conforme o que preconiza a lei e as normas técnicas.

No entanto, esta pesquisa possibilitou constatar que, no caso específico dos profissionais que atuam no “Gonzaguinha de Messejana”, estes, em sua grande maioria, sequer passaram por alguma capacitação, curso ou seminário sobre o tema. Assim, atuam conforme o que aprenderam, no cotidiano se suas ações no tocante a como deveriam proceder nestes casos.

A deficiência de capacitação e sensibilização sobre o assunto por parte da equipe reflete no conhecimento que ela possui sobre as questões referentes ao tema. Viu-se que a maioria dos profissionais conhece as formas em que o aborto é permitido por lei, no entanto desconhece a lei e a norma técnica. Mais grave ainda é perceber que a lei que regulamenta e define como deve funcionar o serviço da qual a unidade de saúde é referência é desconhecida. Ainda assim, a grande maioria afirma que ela é colocada totalmente em prática no campo da pesquisa.

Apesar de tais deficiências, foi possível perceber que eles buscam atuar de maneira ética e compatível com os cuidados exigidos pela usuária, uma vez que

são coordenados por uma gestão que tem interesse em buscar formas de melhor atender a todos, bem como de garantir os direitos das usuárias previstos em lei.

Sem dúvida, os desafios parecem ser muitos, assim como as dificuldades e os entraves para melhor atender as usuárias e estar em conformidade com um hospital de referência neste serviço. Porém, a pesquisa também permitiu constatar muitos avanços, bem como o interesse e o compromisso daqueles que acolhem e atendem estas usuárias, que são os profissionais que compõem a equipe multiprofissional, objeto desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Suely Souza. **Femicídio**: algemas (in) visíveis do público-privado. Rio de Janeiro: REVINTER, 1998.

ANDALRAFT NETO, Jorge. **Violência sexual e interrupção da gestação prevista em lei**: manual de orientação. São Paulo: Ponto, 2004.

ANDRADE, Rosires Pereira et al. Características Demográficas e Intervalo para Atendimento em Mulheres Vítimas de Violência Sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, vol. 23, n. 9, p. 583-587, out. 2001.

BARBOSA, Leopoldo Nelson Fernandes et al. Sobre ética e violência sexual: recortes de um caso atendido fora dos serviços especializados. **Rev. SBPH**, vol. 13, n. 2, dez. 2010.

BAPTISTA, Dulce Maria Tourinho. O debate sobre o uso de técnicas qualitativas e quantitativas de pesquisa. In: MARTINELLI, Maria Lúcia. **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, 1999.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdos**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BEDONE, Aloisio José; FAÚNDES, Anibal. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. **Cad. Saúde Pública**, vol. 23, n. 2, p. 465-469, fev. 2007.

BERGER, Sônia Maria Dantas. **Violência sexual contra mulheres**: entre a (in)visibilidade e a banalização. Rio de Janeiro, 2003. 184 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, 2010.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 196/96. Brasília, 1996.

_____. Lei 8.069/90, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.**

_____. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.**

_____. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.**

_____. Portaria nº 528, de 1º de abril de 2013. Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica.** Brasília, Ministério da Saúde, 3. ed. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos.** Brasília, Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS – Doutrinas e Princípios.** Brasília, Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica.** Brasília, Ministério de Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, Ministério de Saúde, 2004.

_____. Senado Federal. **Lei nº 11.340**, de 07 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Brasília, DF, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza (org). **Saúde e Serviço Social.** Rio de Janeiro: Cortez, 2009. 25 – 47.

BRAVO, Maria Inês Souza. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elisabete et al. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual

contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 1, p. 31-39, jan. 2006.

CORRÊA, Marilena Cordeiro Dias Villela; MASTRELLA, Miryam. Aborto e misoprostol: usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica. **Ciência e saúde coletiva**, vol. 17, n. 7, p. 1777-1784, jul. 2012.

COSTA. Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete (org). **Serviço social e saúde**. São Paulo: Cortez, 2009.

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2007. 2ª Ed.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3ªed. São Paulo: Atlas, 1995.

DESLANDES, Suely Ferreira. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 14ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

DESLAURIERS, Jean-Pierre e KÉRISIT, Michele. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: PIRES, Álvaro et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos. Tradução de Ana Cristina Nasser. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

DIP, Andrea. Clandestinas. Agência de Reportagem e Jornalismo Investigativo. **Publica**. Direitos Humanos, 2013. Acesso em: <http://apublica.org/2013/09/um-milhao-de-mulheres>.

D'OLIVEIRA, Ana Flavia Pires Lucas e SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência de Gênero como uma Questão de Saúde: a importância da formação de profissionais. **Jornal da Redesaúde**, São Paulo, nov. 1999.

DREZETT, Jefferson. Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde mental e reprodutiva. **Revista de psicologia da UNESP**, 2003.

DUARTE, Graciana Alves et al. Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, vol. 44, n. 3, p. 406-420, jun. 2009.

FARIAS, Rejane Santos; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciência e saúde coletiva**, vol. 17, n. 7, p. 1755-1763, jul. 2012.

FAÚNDES, Aníbal et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, vol. 28, n. 2, p. 126-135, fev. 2006.

_____. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, vol. 26, n. 2, p. 89-96, mar. 2004.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICA, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, vol. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FREITAS, G. L et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** 2009.

FROTA, Maria Helena de Paula. Violência de gênero é prática antiga. Fortaleza: **O Povo**, 2003, 19 de outubro, p.7.

_____. O femicídio no Ceará: machismo e impunidade? Uma pesquisa em andamento. **O público e o privado**, n. 8, p. 217-234, julho/dezembro 2006.

_____. Observatório da violência contra a mulher – **OBSERVEM**: relato de uma experiência exitosa – quadriênio 2009 a 2012. Fortaleza: EDMETA, 2013.

FROTA, Maria Helena de Paula e OSTERNE, Maria do Socorro Ferreira (Orgs). **Família, gênero e geração**: temas transversais. Fortaleza: Eduece, 2004.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 10:146-55, Rio de Janeiro, ENSP, 1994.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GROULX, Lionel-Henri. Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social. In: PIRES, Álvaro et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos. Tradução de Ana Cristina Nasser. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo. In: MOTA, Ana Elizabete (org). **Serviço social e saúde**. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Renovação e conservadorismo no serviço social**. São Paulo: Cortez, 2011.

JACCOUD, Mylene e MAYER, Robert. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: PIRES, Álvaro et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos. Tradução de Ana Cristina Nasser. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

LEÃO, Paulo Roberto Dutra et al. Aborto legal no Brasil: aspectos atuais e perspectivas futuras. **Femina**, vol. 35, n. 6, jun. 2007.

LEÃO, Estela Maria e MARINHO, Lilian Fátima Barbosa. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Saúde das mulheres no Brasil**, 2002.

LOUREIRO, David Câmara; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 679-688, jun. 2004.

MANDÚ, E. N. T et al. Atenção integral à saúde feminina: significados e implicações. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n.1, p.31-8, mar. 1999.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MEDEIROS, Robinson Dias de et al. Opinião de estudantes dos cursos de Direito e Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, vol. 34, n. 1, p. 16-21, jan. 2012.

MEIRA, Affonso Renato; FERRAZ, Flavio Roberto Carvalho. Liberação do aborto: opinião de estudantes de medicina e de direito, São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Publ**, São Paulo, vol. 23, n. 6, p. 465-472, 1989.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 14ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 28ª ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza e SOUZA, E. R de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, 513-531, nov. 1997 – fev. 1998.

MOTA, Ana Elizabete (org). **Serviço social e saúde**. São Paulo: Cortez, 2009.

MOTA, Maria Dolores de Brito e MADEIRA, Maria Zelma de Araújo. **Feminino e feminicídio**: estudos sobre relações de gênero, violência, feminilidade e cultura. Fortaleza: NEGIF, 2010.

NETO, Otávio Cruz. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. de S. (Org). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 14ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública**, vol. 39, n. 3, p. 376-382, jun. 2005.

OLIVEIRA, Fátima. A violência contra a mulher é uma questão de saúde pública. **Jornal da Redesaúde**, São Paulo, nov. 1999.

OSTERNE, Maria do Socorro Ferreira. **Violência nas relações sociais de gênero e cidadania feminina**. Fortaleza: Eduece, 2008.

_____. O sentido da violência e as especificidades da violência contra a mulher no contexto das relações de gênero. **O público e o privado**, n.8, p.15-32, julho/dezembro, 2006.

_____. Violência contra a mulher: estruturas patriarcais, relações de gênero e a (re)significação do conceito de vida privada. **O público e o privado**, n.8, p.163-176, julho/dezembro, 2006.

_____. **Família, pobreza e gênero: o lugar da dominação masculina**. Fortaleza: Eduece, 2001.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, fev. 2001.

PILECCO, Flávia Bulegonet al. Aborto e coerção social: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 427-439, mar. 2011.

PINSKY, Carla Bossanezi; LUCA, Tânia Regina de (et.al.). **O historiador e suas fontes**. São Paulo: contexto, 2009.

PIRES, Ademar Moreira et al. Violência contra a mulher e a criança: condutas médicas à paciente agredida sexualmente. **Rev. méd. Minas Gerais**, vol. 19, n.4, p. 43-47, dez. 2009

PIRES, Álvaro et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

POUPART, Jean. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: PIRES, Álvaro et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

ROSCOE, Alessandra e ZAIDAN, Patrícia. O mapa do aborto. **Planeta sustentável**. Junho de 2008. Disponível em: http://planetasustentavel.abril.com.br/noticia/desenvolvimento/conteudo_283054.shtml?func=2.

ROSA e CAMPOS, Maria Angela Mirim da. **Violência sexual como questão de saúde pública: atenção específica em serviço de saúde**. São Paulo, 2006. 170 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 21. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SCOTT, Joan. Gênero: uma Categoria Útil de Análise Histórica. **Educação e Realidade**. 20 (2), p.71-99, 1995.

SOARES, Gilberta Santos. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cad. Saúde Pública**, vol.19, n. 2, p. 399-406, 2003.

TALICY, Eduarda. No Ceará, uma pessoa é vítima de violência sexual a cada seis horas. Fortaleza: **O Povo**, 2016, 28 de maio, p.3.

TEIXEIRA, Marlene. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2011.

TELLES, Maria Amélia de Almeida e MELO, Mônica. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

THIOLLENT, Michel. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo: ed. Polis, 1980.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, Ana Elizabete (org). **Serviço social e saúde**. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área saúde**. São Paulo: Cortez, 2011.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. Aborto legal: o conhecimento dos profissionais e as implicações das políticas públicas. **Rev. bras. ginecol. Obstet.**, vol. 34, n. 1, p. 1-3, jan. 2012.

VILLELA, Wilza; LAGO, Tânia. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cad. Saúde Pública**, vol. 23, n. 2, p. 471-475, fev. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “O aborto legal em um hospital materno-infantil de Fortaleza-CE: como a mulher vítima de violência sexual é atendida e como se configura a prática profissional da equipe multiprofissional”, que tem como objetivo investigar como pensam e agem os profissionais de saúde frente à questão do aborto legal, e quais as implicações de suas posturas no que se refere ao atendimento às mulheres vítimas de violência sexual no Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana. Será aplicado um questionário ou entrevista semi-estruturada para tal.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a um questionário ou participando de entrevista semi-estruturada sobre o tema acima proposto. A pesquisa poderá resultar em abalo emocional bem como constrangimento ao participante devido o assunto a ser estudado. O participante poderá de imediato deixar de responder ao questionário ou deixar de participar da entrevista, e se quiser, procurar o setor de psicologia para ser acolhido e orientado. Quanto aos benefícios, a pesquisa poderá favorecer ao pesquisador e aos participantes uma reflexão sobre o tema, possibilitando-os a adquirir uma postura mais complacente no cotidiano de sua atuação no serviço de atendimento a pessoas em situação de violência sexual e de aborto legal. Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com a pesquisadora: Rosane Vasconcelos Castelo Branco Mourão, telefone: (085) 996234356, email: rosanecastelo@yahoo.com.br e com a orientadora Dr.^a Maria do Socorro Ferreira Osterne, telefone: (085) 91042422, email: socorro.osterne@uece.br.

O Comitê de Ética da UECE encontra-se disponível para esclarecimentos pelo telefone: (085) 31019890; endereço: Av. Paranjana, 1700 – Campus do Itaperi – Fortaleza-Ceará.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do (a) pesquisador (a).

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

DADOS PESSOAIS:

1. Cor/raça/etnia _____
2. Sexo _____
3. Idade _____
4. Orientação religiosa _____
5. Estado civil _____
6. Tem filhos? _____ Quantos? _____
7. Município em que reside _____ Qual bairro? _____

DADOS PROFISSIONAIS:

1. Formação _____
2. Área de atuação/setor _____
3. Atua há quanto tempo neste hospital? _____
4. Atende pessoas em situação de violência sexual? _____
5. Já fez pelo menos um atendimento a pessoa em situação de violência sexual neste hospital? _____

QUESTÕES REFERENTES À PESQUISA:

1. Qual o seu posicionamento em relação ao aborto?

a favor
 contra
 indiferente
 não sei

Justifique sua resposta:

2. Qual o seu posicionamento em relação ao aborto legal?

a favor
 contra
 indiferente
 não sei

Justifique sua resposta:

2Conforme o artigo 128 da lei 2848/40 do Código Penal, é previsto três situações em que o aborto pode ser realizado sem a criminalização dos profissionais. Quais são as três situações em que o aborto é permitido por lei?

3No que se refere ao aborto legal realizado à mulher vítima de violência sexual, qual o seu posicionamento?

favor contra indiferente não sei

Justifique sua resposta:

4No que se refere ao serviço de atendimento à pessoa em situação de violência sexual existente neste hospital, qual o seu posicionamento?

a favor contra indiferente não sei

Justifique sua resposta:

5Você conhece a lei que define as três possibilidades de ser feito o aborto e a norma técnica lançada em 1999, atualizada em 2012, pelo Ministério de Saúde que regulamenta o serviço de atendimento à pessoa em situação de violência sexual?

sim não (pule para a questão 8)

6Você entende que o artigo 128 da lei 2848/40 e a norma técnica citada são colocadas em prática neste hospital?

sim, totalmente não totalmente de forma nenhuma

Justifique sua resposta:

7Você já atendeu algum caso de violência sexual neste hospital?

sim

não

8Você já atendeu / acompanhou algum procedimento de aborto legal à vítima de violência sexual?

sim

não

9Você já participou de algum curso/seminário/oficina de capacitação sobre o atendimento à pessoa em situação de violência sexual ou aborto legal?

sim

não

10 Em relação à usuária que busca o serviço de atendimento à pessoa em situação de violência sexual neste hospital, marque as opções que devem ser obrigatoriamente apresentadas por ela, e devem ser exigidas pela equipe que a atende:

Boletim de ocorrência da delegacia especializada

Termo de responsabilidade devidamente assinado anteriormente ao procedimento do aborto legal

Encaminhamento do IML para o atendimento neste hospital

Autorização do médico para a realização do aborto legal

Encaminhamento ao Conselho Tutelar por parte da equipe no caso de criança ou adolescente

11 Nos casos de atendimento à pessoa em situação de violência sexual, e/ou de realização de aborto legal, quais dificuldades você elencaria que costumam ocorrer e impedir um atendimento mais adequado/favorável à usuária deste serviço existente neste hospital?

E quais os avanços?

12Referente ao serviço de atendimento à pessoa em situação de violência sexual existente neste hospital, como você percebe as práticas profissionais? (marque quais você entender que são as corretas)

- Os profissionais gostam de atender/acompanhar estes casos
- Os profissionais não gostam de atender/acompanhar estes casos
- Os profissionais buscam atender conforme preconiza a lei
- Os profissionais não buscam atender conforme preconiza a lei
- Os profissionais fazem julgamentos ou condenações às usuárias do serviço
- Os profissionais não fazem julgamentos ou condenações às usuárias do serviço
- Os profissionais atuam de maneira interdisciplinar/articulada com os demais profissionais
- Os profissionais não atuam de maneira interdisciplinar/articulada com os demais profissionais
- Os profissionais estão devidamente capacitados para atender a pessoas em situação de violência sexual e/ou em situação de aborto legal
- Os profissionais não estão devidamente capacitados para atender a pessoas em situação de violência sexual e/ou em situação de aborto legal

APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

DADOS PESSOAIS:

8. Cor/raça/etnia _____
9. Sexo _____
10. Idade _____
11. Orientação religiosa _____
12. Estado civil _____
13. Tem filhos? _____ Quantos? _____
14. Município em que reside _____ Qual bairro? _____

DADOS PROFISSIONAIS:

6. Formação _____
7. Área de atuação/setor _____
8. Atua há quanto tempo neste hospital? _____
9. Atende pessoas em situação de violência sexual? _____
10. Já fez pelo menos um atendimento a pessoa em situação de violência sexual neste hospital? _____

ROTEIRO DA ENTREVISTA:

1. Como você vê o aborto de uma maneira geral? E o aborto legal? Você entende do que se trata?
2. Em relação ao serviço de atendimento a pessoas em situação de violência, você atende este público? De que forma (quais suas atividades e funções)? Como você se sente em relação ao relato / à violência que elas apresentam? E enquanto profissional, você tem alguma dificuldade / restrição de atendê-las?
3. Na sua opinião, algo deveria ser diferente no que se refere a como este serviço se apresenta atualmente neste hospital? Em relação à estrutura física dos ambientes por onde ela passa, aos profissionais que a atendem e acompanham, ao fluxograma de atendimento... Você entende que as pessoas são atendidas conforme as normas técnicas?

4. Em relação à legislação referente ao aborto legal, para você, algo deveria ser diferente? Sobre o fato de ser declaratório, sem a apresentação de BO e ida ao IML; sobre o período gestacional permitido para o procedimento... E quanto ao fato dos médicos optarem pela objeção de consciência, assim como outros profissionais se recusarem a fazer o atendimento, como você vê isso?

5. Pelo que você percebe do atendimento dos demais profissionais que atendem / acompanham pessoas em situação de violência e em procedimento de aborto legal, você diria que eles mantêm que tipo de postura enquanto pessoa e profissional? Julgam / condenam / constrangem / são curiosos / são negligentes / respeitam / demonstram conhecerem a lei e como deve ser o atendimento? Eles estão capacitados para tal?

6. E quanto a você? Você se considera capacitado / sensibilizado, e gosta de atender a este público? Você entende que a pessoa é bem atendida neste hospital? Quais dificuldades / avanços / sugestões você destacaria?

ANEXOS

ANEXO A -DECLARAÇÃO



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Número do Processo: **P836194/2015**

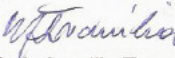
Título do Projeto de Pesquisa: **O ABORTO LEGAL EM UM HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE FORTALEZA-CE: COMO A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL É ATENDIDA E COMO SE CONFIGURA A PRÁTICA PROFISSIONAL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.**

Pesquisadoras Responsáveis: **ROSANE VASCONCELOS CASTELO BRANCO MOURÃO E MARIA DO SOCORRO FERREIRA OSTERNE.**

Instituição Proponente: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ.**

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES, conforme sua atribuição, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 12 de novembro de 2015.


Maria Ivanília Tavares Timbó

Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do
Trabalho e Educação em Saúde

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

ANEXO B – TERMO ANUÊNCIA



Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretária Executiva Regional VI



Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana-HDGMM
Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa - CEAP

Termo de Anuência nº 06/2015

TERMO DE ANUÊNCIA

O Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, situado à Avenida Washington Soares, Nº 7700, bairro Messejana, CNPJ 04885197/0003-06. Vem dar resposta a solicitação da Assistente Social, **Rosane Vasconcelos Castelo Branco Mourão** para a realização da pesquisa intitulada **O aborto legal em um hospital materno-infantil de Fortaleza-Ce: como a mulher vítima de violência sexual é atendida e como se configura a prática profissional da equipe multiprofissional**“, nesta instituição. Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado apresentado a Universidade Estadual do Ceará - UECE. Tendo como orientadora **Maria do Socorro Ferreira Osterne**. Após análise pela Coordenação de Pesquisa e Publicações do Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa – CEAP/HDGMM **viabilizamos** a demanda solicitada e **autorizamos** a realização da pesquisa nesta instituição. Antecedendo a coleta de dados, faz-se necessário a apresentação do parecer de aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

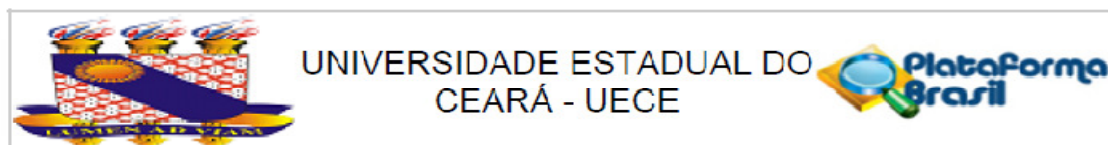
Fortaleza, 18 de novembro de 2015.

PP *Maria Glêdes Ibiapina Gurgel*

Dra. Maria Glêdes Ibiapina Gurgel
Coordenadora de Pesquisa e Publicação do CEAP-HDGMM

Washington Soares, 7700 – Messejana – Cep. 00811-041
Fortaleza – Ceará - PABX: (85) 3105-1590 / Fax: 31014353
E-mail: ceap.hdgmm@hotmail.com

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ABORTO LEGAL EM UM HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE FORTALEZA-CE: COMO A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL É ATENDIDA E COMO SE CONFIGURA A PRÁTICA PROFISSIONAL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Pesquisador: Rosane Vasconcelos Castelo Branco Mourão

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50176315.3.0000.5534

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.440.261

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de caráter qualitativa com o objetivo de Investigar como pensam e agem os profissionais de saúde frente à questão do aborto legal, e quais as implicações de suas posturas no que se refere ao atendimento às mulheres vítimas de violência sexual em um hospital materno-infantil da rede secundária do município de Fortaleza-CE. Será aplicado um questionário para quinze profissionais, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos.

Objetivo da Pesquisa:

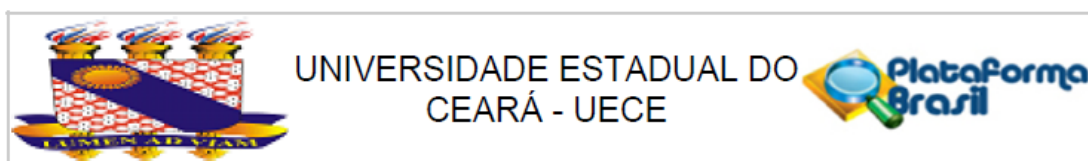
Objetivo Primário:

Investigar como pensam e agem os profissionais de saúde frente à questão do aborto legal, e quais as implicações de suas posturas no que se refere ao atendimento às mulheres vítimas de violência sexual no Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana.

Objetivo Secundário:

Verificar como o tema do aborto é visto pelos profissionais de saúde que atuam no Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana; observar de que forma a lei referente ao aborto legal é compreendida e percebida por estes profissionais; verificar se a lei referente ao aborto legal, as normas técnicas e seus parâmetros, lançadas pelo Ministério

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700		CEP: 60.714-903
Bairro: Itaperi		
UF: CE	Município: FORTALEZA	
Telefone: (85)3101-9890	Fax: (85)3101-9906	E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 1.440.261

de Saúde para o atendimento à mulher vítima de violência sexual, são colocadas em prática no Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana; apreender qual a conduta predominante entre os profissionais de saúde no atendimento dos casos de aborto legal; conhecer as dificuldades bem como os avanços no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual que ensejam a realização do aborto legal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Ocorre o risco do pesquisador não ser bem acolhido pelo público participante, e assim ter dificuldade na coleta dos dados. Em relação aos riscos ao profissional que será entrevistado, este pode se sentir emocionalmente abalado devido ao teor das perguntas, bem como constrangido e incomodado ao responder sobre como percebe a prática dos profissionais no serviço de atendimento a pessoas em situação de violência sexual

e/ou de aborto legal. O participante pode de imediato deixar de responder o questionário, e caso queira, pode procurar o setor de psicologia para atendê-lo e orientá-lo.

Benefícios:

A pesquisa poderá repercutir na qualidade do atendimento as mulheres vítimas de violência sexual.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, pois poderá repercutir na qualidade do atendimento as mulheres vítimas de violência sexual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora incluiu todos os termos de apresentação obrigatória e atendeu as recomendações do último parecer do CEP.

Recomendações:

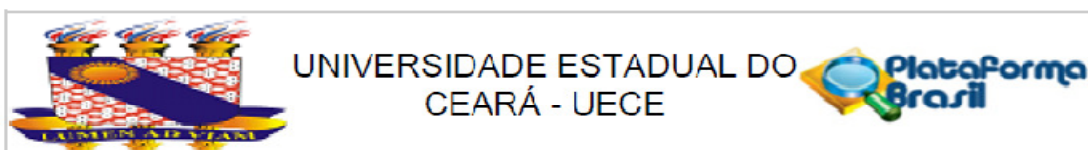
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700	
Bairro: Itaperi	CEP: 60.714-903
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890	Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 1.440.261

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_596974.pdf	16/11/2015 19:01:11		Aceito
Outros	doc9.docx	16/11/2015 18:59:54	Rosane Vasconcelos Castelo Branco Mourão	Aceito
Outros	doc8.docx	16/11/2015 18:58:05	Rosane Vasconcelos Castelo Branco Mourão	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	doc7.pdf	16/11/2015 18:56:18	Rosane Vasconcelos Castelo Branco Mourão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	doc4.docx	16/11/2015 18:54:38	Rosane Vasconcelos Castelo Branco Mourão	Aceito
Folha de Rosto	Scan.pdf	29/09/2015 16:50:03	Rosane Vasconcelos Castelo Branco Mourão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	doc6.docx	25/09/2015 12:39:08	Rosane Vasconcelos Castelo Branco Mourão	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 07 de Março de 2016

Assinado por:
Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho
 (Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br