

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

JACKELINE ARAUJO SILVA

SERVIÇO SOCIAL E ABORTO LEGAL: contribuições e limites profissionais em um serviço de saúde de referência em Teresina-Piauí no período de 2012 a 2016.

São Luís
2019

JACKELINE ARAUJO SILVA

SERVIÇO SOCIAL E ABORTO LEGAL: contribuições e limites profissionais em um serviço de saúde de referência em Teresina-Piauí no período de 2012 a 2016.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (PPGPP) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) como requisito para obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marly de Jesus Sá Dias.

São Luís

2019

Silva, Jackeline Araujo.

SERVIÇO SOCIAL E ABORTO LEGAL: : contribuições e limites profissionais em um serviço de saúde de referência em Teresina-Piauí no período de 2012 a 2016 / Jackeline Araujo Silva. - 2019.

213 f.

Orientador(a): Marly de Jesus Sá Dias.

Monografia (Graduação) - Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas/ccso, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Aborto Legal. 2. Direitos Sexuais e Reprodutivos. 3. Exercício Profissional. 4. Serviços de Aborto Legal. 5. Serviço Social. I. Dias, Marly de Jesus Sá. II. Título.

JACKELINE ARAUJO SILVA

SERVIÇO SOCIAL E ABORTO LEGAL: contribuições e limites profissionais em um serviço de saúde de referência em Teresina-Piauí no período de 2012 a 2016.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (PPGPP) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) como requisito para obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marly de Jesus Sá Dias.

Aprovada em: 16/08/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Marly de Jesus Sá Dias (Orientadora)

Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dra. Cristiana Costa Lima

Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dra. Cleonice Correia Araújo

Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

Dedico àquelas que com o dom do cuidado e paciência sempre me mostraram que o amor é o que nos une e que a SAUDADE É O AMOR QUE FICA. Aldenora, Luzia e Judith (*in memorian*).

AGRADECIMENTOS

Em todo processo do Mestrado, desde a seleção até a construção da dissertação, sempre me imaginei chegando a esse momento: escrever os agradecimentos. Como já dizia Marx: “Todo começo é difícil, isso vale para qualquer ciência”, vale também para um capítulo, um parágrafo ou uma frase, acontece também, por onde começar a agradecer por ter chegado até aqui e as diversas pessoas que contribuíram com essa conquista.

A experiência do mestrado me proporcionou muitos descobrimentos, não só no âmbito acadêmico-científico, mas principalmente social, individual e espiritual. Como acredito que as coisas não acontecem por acaso, não foi pelo acaso que essa experiência me revelou protetores em formas de pessoas durante todo esse processo. Por isso, a princípio agradeço ao universo e a todos os seres espirituais personificados em suas diversas formas por agirem de uma maneira que eu não vi, apenas senti. Aqui fica meus agradecimentos:

Aos meus pais, *Ivone* e *Juscelino*, pelo apoio incondicional, incentivo e motivação a realização dos meus sonhos e desejos enquanto ser humano. Tenho uma dívida de gratidão que mil vidas não pagariam. Amo imensamente cada um.

À minha família, pelo carinho e zelo, em especial aos primos *Halneik* e *Raul* pela confiança e acolhida em seu ambiente de paz.

À *Daya Araujo*, por ser fortaleza, raiz e principalmente por ser asas.

À *Cristiane* e a *Felipe Diego* pela disponibilidade, contribuição na qualidade desse trabalho e por sempre acreditarem em mim.

A *Henrique*, por ser o adjutório nas situações mais adversas, por compartilhar sentimentos e motivações. Sejamos Mestres meu amigo.

À *Luciana* e *Juliana*, que em diversos momentos, com muita gentileza e delicadeza me tirarem do fosso da sensação de pequenez e me mostraram o quanto sou e posso ser capaz. *Luciana* em especial, foi mais que amiga e chefe, revelou-se uma mãe protetora e acima de tudo incentivadora para finalização desse ciclo.

As amigas *Ruana* e *Milana* por alimentar o círculo virtuoso das raras amizades e a *Ana Claudia* por me fazer entender que a única constância da vida é a mudança.

A *Matheus Zenni*, por me doar uma quantidade de tempo significativa da sua vida para contribuir com essa pesquisa.

A *Fabrcio Amaral*, por ser a bússola aos primeiros passos e grande incentivador para aprovação no Programa.

A *Sofia Laurentino*, por orientar sobre caminhos que deveria trilhar desde a saída da graduação.

A *Bruno Moura*, por me mostrar de forma sutil que pra sermos o que quisermos precisamos só de leveza, muita vontade e inteligência emocional.

Aos discentes da Turma de Mestrado e Doutorado 2016 do Programa de Pós-Graduação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), por todo compartilhamento de conhecimento crítico. A *Carol Liebl* pelo companheirismo diário, a *Luanne*, *Lila* e *Stella* pela amizade e encorajamento. *Saulo*, obrigada pela marca na alma!

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), por todas as oportunidades de crescimento profissional e a todos os servidores do programa pela disposição e dedicação em cada orientação e informação.

À minha orientadora, Profa. Dra. *Marly de Jesus Sá Dias*, pela dedicação, paciência e confiança. Sempre que eu estava com a sensação de poucas forças, me instigou a compreender que meu combustível é a lembrança de que todos os desafios superados para chegar até aqui não deveriam ser em vão.

Às Professoras, *Lourdes de Maria Leitão Nunes* pelas contribuições iniciais, *Cristiana Costa Lima* e *Cleonice Correia Araújo* pelos direcionamentos essenciais na construção desse trabalho.

Às profissionais participantes da pesquisa, em especial as assistentes sociais pela disponibilidade em contribuir com a produção teórica e científica do Serviço Social no debate do aborto legal.

À *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* (CAPES), por possibilitar condições objetivas para essa experiência profissional.

A todos que em algum momento desejaram junto comigo o alcance desse ponto de chegada.

Meu último e mais importante agradecimento será a mim mesma, por sempre acreditar ser possível a conclusão desse ciclo, mesmo nos dias mais tortuosos. Conseguir sempre foi minha única alternativa. Eu visualizo, eu quero, eu posso, eu consigo.

GRATIDÃO SEMPRE!!

RESUMO

A pesquisa busca analisar o exercício profissional das assistentes sociais no âmbito da equipe multiprofissional de um serviço de saúde que é referência no atendimento à mulher vítima de violência sexual em Teresina, Piauí. O estudo tem como foco apreender sobre as situações que demandaram o aborto previsto em lei no período de 2012 a 2016, com destaque nas contribuições e limites das profissionais de Serviço Social para afirmar e conduzir o acesso aos direitos das mulheres. Aborda aportes teórico-conceituais e jurídico-legais em torno dos direitos sexuais e reprodutivos, do aborto legal como parte integrante desses direitos e como pauta de luta do Serviço Social. Direciona a análise sobre a construção e organização dos serviços de aborto legal no Brasil, em especial na realidade de Teresina, Piauí. No contexto desses serviços públicos, compreende o Serviço Social como profissão da área da saúde que atende essa demanda e contribui para promoção de serviços de qualidade na perspectiva do direito. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, cujos instrumentos utilizados para produção de dados foram análise de documentos, legislações e portarias elaboradas pelo Ministério da Saúde que orientam e garantem o aborto legal, em especial as Normas Técnicas: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (1999, 2005 e 2012) e a Atenção Humanizada ao Abortamento (2005 e 2011), como lente orientadora para visualização da estruturação dos serviços na realidade Teresinense. E entrevista do tipo semiestruturada realizada com 7 profissionais da equipe multiprofissional de um serviço especializado no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão. Os resultados apontam que historicamente no Brasil, a estruturação e organização dos serviços de aborto legal ocorreram de forma lenta e gradativa, bem como os serviços de Teresina. Embora apresente uma maior organização no tocante a serviços direcionados a atenção à saúde da mulher vítima de violência sexual, os serviços de aborto legal apresentam uma invisibilidade tanto pública como interna nesse tipo de serviço estudado. As profissionais apontaram como contribuição profissional o reconhecimento do acolhimento e escuta qualificada feita pelas profissionais de Serviço Social como uma das ações mais importantes do atendimento, visto que é através deste que as mulheres tem acesso as informações iniciais sobre seus direitos e conduzem condições concretas para sua decisão livre e consciente sobre a interrupção da gestação e como limitações profissionais a ausência de equipe multiprofissional específica para o serviço que acarreta uma dificuldade de debate da temática em questão e avaliação do serviço.

Palavras-Chave: Aborto Legal. Direitos Sexuais e Reprodutivos. Exercício Profissional. Serviços de Aborto Legal. Serviço Social.

ABSTRACT

The research searches to analyze the professional practice of social workers within the multiprofessional team of a health service that is a reference in the care of women victims of sexual violence in Teresina, Piauí. The study focuses on apprehending the situations that required the abortion provided for by law in the period from 2012 to 2016, highlighting the contributions and limits of social work professionals to affirm and drive access to women's rights. It addresses theoretical-conceptual and legal-legal contributions around sexual and reproductive rights, legal abortion as an integral part of these rights and as a social work struggle agenda. It directs the analysis on the construction and organization of legal abortion services in Brazil, especially in the reality of Teresina, Piauí. In the context of these public services, it includes Social Work as a health profession that meets this demand and contributes to the promotion of quality services from the perspective of law. This is a research with qualitative approach, whose instruments used for data production were document analysis, legislation and ordinances prepared by the Ministry of Health that guide and guarantee legal abortion, especially the Technical Standards: Prevention and Treatment of Resulting Disorders of Sexual Violence Against Women and Adolescents (1999, 2005 and 2012) and Humanized Attention to Abortion (2005 and 2011), as a guiding lens for visualizing the structuring of services in Teresinense's reality. And semi-structured interview conducted with 7 professionals of the multidisciplinary team of a service specialized in the care of women victims of sexual violence after approval by the Research Ethics Committee of the Federal University of Maranhão. The results indicate that historically in Brazil, the structuring and organization of legal abortion services occurred slowly and gradually, as well as the services of Teresina. Although it has a larger organization regarding services aimed at the health care of women victims of sexual violence, legal abortion services have both public and internal invisibility in this type of service studied. The professionals pointed out as a professional contribution the recognition of the reception and qualified listening made by the Social Service professionals as one of the most important actions of care, since it is through this that women have access to initial information about their rights and lead concrete conditions for their care. Free and conscious decision about the interruption of pregnancy and as professional limitations the absence of a specific multidisciplinary team for the service, which causes a difficulty to debate the theme in question and to evaluate the service.

Keywords: Legal Abortion. Sexual and Reproductive Rights. Professional Exercise. Legal Abortion Services. Social Service.

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 Sexo, Idade, Estado Civil e crença religiosa das profissionais entrevistadas.....	147
Gráfico 2 Formação e qualificação profissional das entrevistadas.....	149
Gráfico 3 Tempo de experiência profissional das entrevistadas	151

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Principais documentos direcionados a atenção a saúde da mulher a violência sexual e ao aborto legal no Brasil.....	94
-----------------	--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Número de casos analisados pela Comissão de Ética da Maternidade X para realização de abortamento legal na cidade de Teresina – Piauí no período de 2012 a 2016.....	129
Quadro 2	Idade das mulheres com gestações analisadas pela Comissão de Ética da Maternidade X para realização de abortamento legal na cidade de Teresina – Piauí.....	130
Quadro 3	Cidade de origem das mulheres com gestações analisadas pela Comissão de ética da Maternidade X para realização de abortamento legal na cidade de Teresina – Piauí	131
Quadro 4	Número de atendimentos no serviço especializado a mulher vítima de violência sexual.....	132
Quadro 5	Casos de gravidez decorrente de violência sexual no período de 2017, 2018 a junho de 2019.....	134
Quadro 6	Semanas de gestação dos casos de gravidez decorrente de violência sexual no período de 2017, 2018 a junho de 2019.....	136
Quadro 7	Idade das mulheres com gestações decorrente de violência sexual no período de 2017, 2018 a junho de 2019.....	136
Quadro 8	Cidade de origem das mulheres com gestações decorrente de violência sexual no período de 2017, 2018 a junho de 2019.....	137
Quadro 9	Características do agressor.....	138
Quadro 10	Espaços de debates sobre o Aborto.....	170

LISTA DE FIGURA

Figura 1	Taxa de aborto por região do mundo – Número de aborto para cada 1000 mulheres entre 15 e 44 anos	82
-----------------	--	----

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABESS- Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social
ADI - Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADPF - Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AMIU- Aspiração Manual Intra-Uterina
BOP – Boletim de Ocorrência Policial
CAS - Comissão de Assuntos sociais
CBAS- Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CCJ- Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania
CDD – Católicas pelo Direito de Decidir
CEP – Comissão de Ética Em Pesquisa
CFAS/CRAS- Conselho Federal e Regionais de Assistentes Sociais
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CFM – Conselho Federal De Medicina
CFM/CRM- O Conselho Federal e os Regionais de Medicina
CFP- Conselho Federal de Psicologia
CNDM - Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNES – Cadastro Nacional De Estabelecimentos de Saúde
CNS- Conselho Nacional de Saúde
CP – Código Penal
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social
DUDH - Declaração Universal dos Direitos Humanos
ENESSO - Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
FBSP - Fórum Brasileiro de Segurança Pública
GAR - Gestação de Alto Risco
GEA- Grupo de Estudos sobre o Aborto
IML – Instituto Médico Legal
LBA- Legião Brasileira de Assistência
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
LOS - Lei Orgânica de Saúde
MRS- Movimento de Reforma Sanitária
MS – Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PEC – Projeto de Emenda Constitucional
PL – Projeto de Lei
PMT – Prefeitura Municipal de Teresina
PNA - Pesquisa Nacional do Aborto
PNAISM- Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PSOL - Partido Socialismo e Liberdade
PT- Partido dos Trabalhadores
SAME- Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SESAPI – Secretaria de Saúde do Piauí
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
STF – Supremo Tribunal Federal
SUS – Sistema Único De Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCINCa - Unidade de Cuidado Intermediário Canguru
UFMA - Universidade Federal do Maranhão
UTI - Unidade de Tratamentos Intensivos
UTIN- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	DIREITOS SEXUAIS REPRODUTIVOS, ABORTO LEGAL COMO PAUTAS DE LUTAS DO SERVIÇO SOCIAL.....	30
2.1	Estado, Lutas sociais e Direitos Sexuais e Reprodutivos.....	30
2.2	O Serviço Social no contexto da política de saúde e na luta pela autonomia das mulheres sobre o próprio corpo.....	50
3	ABORTO LEGAL: avanço ou recuo ao direito?	79
3.1	Elementos Conceituais sobre o Aborto.....	79
3.2	Construção e organização dos serviços de Aborto Legal no Brasil: entre rupturas e continuidades.....	91
3.3	Criminalização X Descriminalização do aborto: a favor da vida de quem?	104
4	O SERVIÇO SOCIAL E OS SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL EM TERESINA-PIAUÍ: entre o legal e o real.....	111
4.1	A organização dos serviços de aborto legal em Teresina-Piauí.....	114
4.2	O exercício profissional das/dos assistentes sociais em um serviço de aborto legal.....	139
4.2.1	Perfil Profissional e dinâmica de trabalho no serviço de aborto legal da Maternidade X.....	145
4.2.2	O aborto legal na ótica dos sujeitos investigados.....	160
4.2.3	Contribuições e limites profissionais das assistentes sociais na defesa intransigente do direito ao aborto legal.....	173
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	181
	REFERÊNCIAS.....	187
	APÊNDICES.....	202
	ANEXOS.....	208

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa teve como objetivo analisar o exercício profissional das assistentes sociais no âmbito da equipe multiprofissional de um serviço de saúde que é referência no atendimento à mulher vítima de violência sexual em Teresina, Piauí, mais especificamente em situações que demandaram o aborto previsto em lei no período de 2012 a 2016, com destaque às suas contribuições e limites para afirmar e assegurar os direitos das mulheres. Eleição que nos demandou apropriação teórico-crítica e empírica sobre o aborto, legislações nacionais que disciplinam as situações em que sua prática é legalizada no Brasil e do fazer profissional do Serviço Social no âmbito do trabalho coletivo em saúde. Profissão cujo Projeto Ético-Político, juntamente com a lei de regulamentação e diretrizes curriculares se assenta no compromisso e defesa da equidade, justiça social e da liberdade como valor ético central. Ou seja, em defesa intransigente da democracia e dos direitos humanos de todas e todos independente de classe, raça, religião, orientação sexual etc. (CFESS, 2012).

Cumprido esclarecer que no lastro do respeito e garantia dos direitos humanos no Brasil, encontram-se os direitos sexuais e reprodutivos, entendidos como um conjunto de direitos, cada um com sua particularidade. E, assim sendo, os direitos sexuais institui que toda e qualquer pessoa deve viver sua vida sexual com prazer e livre determinação. Enquanto os direitos reprodutivos afirmam o direito básico de todo casal e de todo indivíduo para decidir de forma livre e responsável se deseja ou não ter filhos/as, sobre o número, o espaçamento entre as gestações, além de ter acesso à informação e aos meios de assim o fazer, gozando do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva (VENTURA, 2009).

Ambos os direitos incluem outros direitos, esse feito foi imperativo para a formulação e implementação de políticas públicas em relação ao planejamento familiar e a toda e qualquer questão referente à população e ao desenvolvimento, a exemplo do aborto.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX. Mas, é a partir de 1984, que se têm mais avanços com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), transformada em Política em 2004, de serviços para atenção às mulheres e

adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica e para atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento.

No que diz respeito à regulamentação jurídica acerca do aborto no Brasil é importante ressaltar que historicamente este tem se configurado como delito. O Código Penal de 1940 caracteriza o procedimento de abortamento como legal e ilegal (MATIELO, 1994). O artigo 128 do Código Penal reconhece como abortos legais: o aborto necessário ou terapêutico, quando não há outra maneira de salvar a vida da gestante; o aborto sentimental humanitário, permitido quando a gestação é concebida mediante o crime de estupro e, o aborto eugênico, casos em que ocorre a suspensão da gestação pelo motivo de anomalia fetal, que se refere ao feto que desenvolve anomalias graves com comprovação da inviabilidade de vida fora do útero (CAPEZ, 2013). Este último caso foi regulamentado em 2012, ocasião em que o Supremo Tribunal Federal (STF) deixou de considerar crime o abortamento nos casos de anomalias fetais graves e incompatíveis com a vida extrauterina, exemplo da anencefalia.

Em quaisquer outras situações a prática do aborto é proibida por lei no país, sendo considerado crime contra a vida. A intenção da interrupção da gravidez por questões ligadas a precariedade financeira da gestante, falta de informações sobre sexualidade, ausência de planejamento familiar ou de apoio do companheiro e familiares ou ainda, pelo desejo pessoal da mulher em não querer dar continuidade ao processo gestacional, são situações pelas quais a legislação brasileira não assegura a possibilidade de aborto (BARROSO e CUNHA, 1980). Nesse contexto, somente a mulher sofre a punição de uma gravidez indesejada, pois não se leva em consideração que a relação sexual, resultando em gravidez de forma natural, envolvem duas pessoas, no caso, uma mulher e um homem, dessa forma, a responsabilidade deveria ser de ambos.

Partimos da assertiva de que, apesar dos avanços em termos de disciplinamentos legais que reconhecem os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, implantação de serviços de planejamento familiar, de atenção ao parto humanizado, bem como os de atendimento às mulheres vítimas de violências sexuais em Teresina/Piauí, possivelmente como em muitos outros lugares do Brasil, ainda não se avançou o suficiente no atendimento das demandas femininas de modo a evitar suas mortes quando se trata de situações que envolvem o aborto. Argumentos diversos, muitos dos quais ancorados na moralidade e religiosidade sobressaem-se

como contrários ao direito das mulheres à interrupção da gravidez, mesmo quando enquadrada nas situações em que o aborto é legal. Sem, contudo, se levar em conta os vários prejuízos provocados às mulheres e sua família com tal violação de direito, dentre estes o óbito materno decorrente do aborto clandestino, inseguro e ilegal.

No que se refere ao Serviço Social, embora seja uma profissão, como já pontuado, que atua na defesa, fortalecimento e garantia de direitos sociais e, no debate em apreço, na garantia dos direitos das mulheres, com claro posicionamento em prol da legalização do aborto, expresso através de sua entidade máxima de representação que é o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), o debate precisa avançar no seio da categoria. Importa lembrar que no dia-a-dia do exercício profissional, assistentes sociais não só se deparam com mulheres, mas também, constituem a principal população atendida (CARLOTO e DAMIÃO, 2018).

O posicionamento coletivamente construído pelo CFESS, acerca do aborto ser considerado questão de saúde pública e direito das mulheres, deu-se após amplo debate e aprovação pela categoria em alguns fóruns, tal como no 39º Encontro Nacional CFESS/CRESS realizado em Florianópolis no estado de Santa Catarina no ano de 2010. Igualmente explicitado no Documento intitulado *CFESS Manifesta* datado de 28 de setembro de 2016, resultante de diálogo similar no interior da categoria de assistentes sociais que, por sua vez, não só retomou o debate com visibilidade ao tema, mas o abordou no interior do trabalho de assistentes sociais, reflexionando sobre o cotidiano das mulheres, ao mesmo tempo em que questiona valores conservadores e reafirma a necessidade de combatê-los no âmbito do exercício profissional.

Contudo, Carloto e Damião (2018) mostram, a partir dos dados coletados para a pesquisa sobre aborto e Serviço Social, realizada no contexto do programa de Pós-Graduação Política Social e Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina que o tema aborto ainda permanece pouco discutido entre assistentes sociais, possivelmente dada a sua polêmica, silêncio, dúvidas, complexidade e, mesmo que o debate se faça vigente nos órgãos representativos da categoria, sua discussão nos espaços formativos e sócio ocupacionais em que este profissional se insere ainda é embrionária, restrito a grupos que possuem uma perspectiva feminista e/ou que militam na luta em prol de sua legalização. Os relatos obtidos apontam que:

Em dados coletados junto a assistentes sociais em 2017 por meio de questionários, pudemos verificar que das cem entrevistadas, 46% afirmaram que a discussão sobre aborto não esteve presente na sua formação acadêmica/profissional; 28% afirmaram que essa discussão esteve parcialmente presente na formação acadêmica/profissional, 10% não se recordam e 1% não sabe do que se trata. Apenas 15% das assistentes sociais responderam que a discussão sobre direitos reprodutivos esteve presente na formação acadêmica/profissional. Em entrevistas presenciais, algumas assistentes sociais pontuaram que tiveram contato com o debate sobre aborto e/ou direitos reprodutivos devido ao surgimento dessas demandas no cotidiano profissional. (CARLOTO e DAMIÃO, 2018, p. 320)

Foi no interior dos movimentos feministas em meados da década de 1970 (movimentos sociais e políticos que desde sempre lutam em prol da equidade em termos de direitos básicos entre mulheres e homens numa sociedade desigual como a nossa), na efervescência da abertura política, que a pauta do aborto ganhou visibilidade no Brasil e repercussão no cenário internacional¹, provocando a opinião pública. Com o slogan “nosso corpo nos pertence” as feministas denunciavam o cerceamento do direito de a ala feminina decidir sobre o seu próprio corpo e vida, da escolha entre ser ou não ser mãe, do usufruto da sexualidade por prazer, com responsabilidade e sem riscos. Em meio a protestos e controvérsias, os movimentos deram evidência à questão que há muito se fazia presente na vida de várias mulheres (LOPES, MARTINS e MORENO, 2016).

Revelando ainda como a sexualidade e reprodução das mulheres são essenciais para disseminação e fortalecimento do patriarcado que se alimenta com as dominações e explorações de seus corpos e vidas. Desqualificar sua capacidade de decisão, tal como nos casos de aborto, é estratégico para multiplicar dispositivos de controle delas a ordem patriarcal. Contexto em que a procriação passa a ser vista, como assinala Villela (2011) sua função precípua, definidora de suas características, de valorização ou desvalorização. Preceitos morais que se alastram, moldam as relações sociais entre os homens e mulheres, ao mesmo tempo em que acentua as históricas desigualdades de gênero que envolve poder, autoridade e prestígio.

No decorrer dos anos de 1980, ainda segundo Lopes, Martins e Moreno (2016), a atuação destes movimentos foi fundamental para que, no bojo da Assembleia Constituinte que resultou na atual Carta Magna, a pauta do aborto se fizesse presente. Suas manifestações chamavam a atenção de como esse direito é imprescindível à

¹ Momento em que no cenário internacional os jornais noticiavam a legalização em países como os Estados Unidos (1973), na França (1975) e na Itália (1978)

saúde integral das mulheres, para justiça social e consolidação da democracia. Denunciavam naquele momento, as mortes por abortos inseguros, injustiças e desigualdades.

Apesar da dificuldade para avançar com a pauta e vencer congressistas conservadores que tentavam incluir no texto constitucional a proteção à vida “desde a concepção”, o que implicaria na criminalização de todo e qualquer tipo de aborto, mesmo os já garantidos no Código Penal, sua pressão foi essencial para, apesar da derrota de sua propositura², que a Constituição Federal de 1988 assegurasse o direito à vida, ainda que sem determinar seu início.

A luta pela efetivação do direito ao aborto se amplia e fortalece com sua garra e empenho para que as mulheres fossem, de fato, sujeitos de direitos, uma vez que, mesmo estando legalizado nas situações já descritas pelo Código Penal desde a década de 1940, o acesso aos serviços por muito tempo não foi regulamentado (DINIZ e MADEIRO, 2016).

Avanços importantes processaram-se também no âmbito das centrais sindicais, dos movimentos populares, de alguns partidos políticos, a exemplo do Partido dos Trabalhadores (PT) que passaram a pautar a questão, com a tramitação de projetos de lei propondo a legalização, descriminalização, ampliação dos casos previstos em lei, bem como a regulamentação do aborto legal no sistema público de saúde.

Os movimentos feministas foram sujeitos fundamentais para diálogos e construção de pontes (LOPES, MARTINS e MORENO, 2016), à medida que seguiram (e seguem) demonstrando o quão nocivo são as sanções do abortamento voluntário, sobretudo para as mulheres pobres, muitas das quais, negras e sem condições de pagar clínicas particulares para um aborto seguro e, principalmente, como o corpo feminino permanece controlado de forma variada: pela medicina que estabelecia o saudável e o patológico; pelo legislativo, a partir da instituição de regras e leis normativas com distinção entre o legal e o ilegal, este último com suas correspondentes penalidades; pela igreja que inscrevia (e permanece afirmando) a procriação como função precípua das mulheres. Ou seja, por um conjunto de prescrições e normas relativas ao exercício da sexualidade das mulheres com claro

² As feministas buscaram se contrapor a proposta da ala conservadora com uma emenda popular que contou com aproximadamente 30 mil assinaturas, para que o direito à vida fosse assegurado a partir do nascimento. Mais detalhes em (LOPES, MARTINS e MORENO, 2016).

controle da reprodução, vital, como já assinalado, para a manutenção de suas subordinações aos homens, bem como de determinado modelo de família, ainda que com ônus para saúde física e mental de muitas (VILLELA, 2011).

Foi a partir de suas lutas e denúncias que o país tornou-se signatário de documentos de Conferências das Nações Unidas, a exemplo, a Conferência Mundial dos Direitos Humanos, realizada em junho de 1993 em Viena; Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994 que considerou o aborto como um grave problema de saúde pública e recomendou que os países revisem as leis que penalizam a prática do aborto considerado inseguro, tendo em vista os riscos para a vida e saúde das mulheres.

Porém, mesmo com a existência de tais acordos internacionais assumidos pelo Brasil com vistas à promoção e consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, Paixão (2006) considera que das legislações que limitam o aborto no mundo, o Brasil é um dos países que mais restringem a prática da interrupção deliberada da gravidez. Presume-se que o fato de o aborto ser legal em situações estritamente específicas, faz com que as mulheres o façam de forma clandestina e, em algumas situações, de forma insegura. O procedimento é clandestino devido à restrição posta pela legislação e inseguro por ser feito de qualquer forma e sem assistência médica especializada.

Entre as causas específicas de morte no Brasil, entre 1990 e 2012, o aborto representou a quinta causa. Hipertensão, hemorragias, infecção puerperal (pós-parto) e doenças cardiovasculares, seguem da primeira à quarta causa respectivamente. A existência da mortalidade materna por aborto sinaliza uma necessidade de ações mais efetivas para eliminação do aborto inseguro, pois conforme Martins (2017, p. 6), “este é classificado como um evento evitável”, uma vez que há medidas e tecnologias adequadas que possibilitam sua redução.

A condição de clandestinidade da prática abortiva, mulheres que abortam e não recorrem aos serviços hospitalares e as subnotificações dos casos nos registros oficiais sobre as causas de morte, principalmente na situação do aborto provocado, são as principais barreiras para obtenção de dados e acabam por apresentar uma visão distorcida da realidade acerca de sua magnitude do aborto no Brasil (DUARTE, OSIS, 2005).

Segundo Costa (2012), a criminalização e a clandestinidade do aborto não eliminam sua prática, mas desencadeia diversas problemáticas na vida das mulheres,

afetando de forma significativa a saúde e a qualidade de vida daquelas que não tem acesso a métodos e procedimentos seguros. Em consonância, Santos (2013) considera que essa situação de clandestinidade provoca o agravamento de problemas sociais que se refletem diretamente na saúde pública brasileira.

Convém destacar que somente em 1999, foi elaborada a primeira regulamentação nacional sobre a estruturação dos serviços para o aborto previsto em lei por meio da norma técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, direcionada para situação de estupro. Seguida de atualizações em 2005 e 2012, ocasião em que surge também a norma técnica de Atenção Humanizada ao abortamento em 2005 e atualizada em 2011.

As normatizações supracitadas pautaram-se no reconhecimento das reivindicações dos movimentos feministas e de mulheres, no zelo pelo seguimento dos acordos internacionais tendo em vista os direitos sexuais e reprodutivos e principalmente pela responsabilidade estatal no atento ao combate a violência sexual contra a mulher e por seguir a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Maria da Penha e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, (BRASIL, 1999; BRASIL, 2011a).

Infraestrutura e recursos humanos são primordiais na organização do espaço físico que deve contar com equipe multiprofissional com domínio de normas técnicas na condução do atendimento. As principais orientações indicam: atenção humanizada, acolhimento, planejamento familiar, não julgamento, sigilo, aspectos éticos e técnicas para os procedimentos de abortamento (BRASIL, 2011a; 2012).

No que tange a equipe multiprofissional “é desejável que a equipe de saúde seja composta por médicos(as), psicólogos(as), enfermeiros(as) e assistentes sociais” (BRASIL, 2012, p. 19), mas, em situações mais complexas pode-se acrescentar a equipe outras especialidades como psiquiatria, infectologia, traumatologia.

Um estudo de Diniz e Madeiro (2016) avaliou que em 2009, havia 60 hospitais e serviços de referência em atendimento para mulheres em situação de violência sexual listados pelo Ministério da Saúde. Em 2015, constataram a existência de 68 serviços de aborto legal, no entanto, destes, em apenas 37 instituições o serviço estava em funcionamento e com equipe multiprofissional mínima (médico, psicólogo, assistente social e enfermeiro).

Das situações legais para o abortamento, os casos de estupro é o que tem mais condicionalidades para que as mulheres possam acessar ao serviço. Conforme a Portaria MS/GM nº 1.508 de 1º de setembro de 2005, que dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização a interrupção da gravidez prevista em lei no âmbito do SUS, isenta os casos que envolvem risco de morte à mulher e identifica quatro fases de registro em termos para o procedimento em razão de estupro, a saber: relato circunstanciado, parecer médico, termo de responsabilidade e o consentimento livre e esclarecido da mulher (BRASIL, 2005).

Apesar do amparo legal e de norma técnica específica, as situações de violência sexual que demanda aborto, são as mais questionadas entre os formuladores da lei. Nos últimos anos, tem sido discutido no congresso nacional projetos de lei com proposta para sua criminalização. O que mostra a dimensão política da questão. O aborto, como bem demonstra Carlotto e Damião (2018), é um procedimento de baixa complexidade técnica. O que o torna inseguro é a clandestinidade e, apenas para as mulheres que não podem pagar por um serviço seguro, a dificuldade de acesso aos serviços regulamentados por lei, mesmo quando dentro dos padrões da legalidade.

Este estudo compreende que é no âmbito das políticas públicas que as mulheres têm acesso aos serviços de aborto legal. Políticas que também se constituem em espaços sócios ocupacionais de assistentes sociais. Ante o exposto, reafirmamos a urgência do presente estudo sobre o Serviço Social e o aborto legal, a partir de uma realidade concreta em um serviço de saúde de referência em Teresina no Piauí. No esforço de capturar suas contribuições e limites no interior da equipe multiprofissional, sem, com isso, ter a pretensão de esgotar a temática. A intenção foi apreender como as/os profissionais desenvolvem suas ações junto às mulheres em situações de aborto legal e, como se dá o exercício profissional das/os assistentes sociais em um serviço de referência com atendimento à mulher vítima de violência sexual.

O interesse pela temática teve motivações de diversas ordens: pessoal, profissional, social. Trata-se de um objeto de continuidade, iniciado na graduação em Serviço Social no Piauí com tema *Aborto, ética e serviço social: a liberdade como valor ético central e condutor na garantia de direitos*, em que destacamos o debate do aborto enquanto pauta de luta do Serviço Social, ao ressaltar os princípios ético-políticos da profissão. A temática permaneceu como objeto de estudo para o Trabalho

de Conclusão de Curso na especialização em *Seguridade Social: Previdência, Saúde e Assistência Social*, onde o foco da discussão foi o aborto enquanto problema de saúde pública, com o tema *Aborto e Saúde: Uma discussão presente de uma questão pretérita* e também em publicações científicas com temas: *Aborto e Saúde Pública: uma questão em aberto* (XIII Semana Científica da Faculdade Santo Agostinho), em que destacamos a nossa inquietação ao perceber que a interrupção da gravidez é uma realidade que permeia todos os âmbitos da sociedade brasileira, permeada por questões de ordem moral, religiosa, cultural, política e econômica, com fortes impactos no Sistema Único de Saúde e na saúde da mulher. E *Serviço Social Presente: A luta pela descriminalização e legalização do Aborto no Brasil* (VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas -UFMA) uma análise sobre como a temática se apresenta enquanto pauta de luta da profissão no contexto de descriminalização.

A conclusão do curso ao lado, da continuidade da discussão do tema do processo de qualificação profissional e do interesse pela pesquisa nos fez adentrar o mestrado em Políticas Públicas, onde a convicção da escolha profissional se edificou pela formação recebida, ancorada em preceitos éticos e políticos que irradiam a defesa e fortalecimento de direitos sociais basilares para a vida humana. A tudo isso, acrescentamos o desejo de contribuir para o debate, estímulo a novas produções científicas e aprimoramento do fazer profissional na garantia dos direitos de modo geral e, dos sexuais e reprodutivos em particular, bem como de políticas públicas com a transversalidade de gênero, fortemente ameaçadas no contexto ultra neoliberal.

A escolha pelo estudo do Serviço Social na presente dissertação se justificou ainda por esta ser uma das profissões regulamentadas na área da saúde através das Resoluções de nº 218 de 06 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde e a de nº 383 de 29 de março de 1999 do Conselho Federal de Serviço Social; qualificada dentro da equipe multiprofissional, inclusive pelo comprometimento com a defesa da liberdade de escolha da mulher sobre a gestação; possui compromisso ético e político com a autonomia das mulheres usuárias do serviço de saúde. É uma categoria profissional que tem apoiado a descriminalização e a legalização do aborto porque defende tendo em vista pensar a política pública de saúde no atendimento aos direitos sexuais e reprodutivos por meio de serviços universais, gratuitos e com qualidade, (BRASIL, 1997; CFESS, 1999). Por reconhecer que há uma escassez de produções científicas desenvolvidas em relação ao exercício profissional das/os assistentes sociais frente ao aborto legal no estado do Piauí e no município de Teresina.

O Serviço Social é uma profissão nitidamente histórica, tem por principal objeto de trabalho as expressões da questão social que são o fundamento de sua inserção na divisão social e técnica do trabalho. Por atuar nas dinâmicas da vida social e do processo global de trabalho, tem por natureza uma ação interventiva, o que a vai destacar como área de conhecimento e consolidar seu significado social e suas relações com as demais profissões, principalmente nas situações de violação de direitos ou mesmo no acesso a eles (MARTINELLI, 2011).

O exercício profissional, objeto de estudo dessa investigação se faz pela compreensão de que é através dele que se tem a expressão material e concreta do processo de trabalho do assistente social. A atuação profissional implica, conforme Martinelli (2011, p. 498) na mobilização “de conhecimentos, saberes e práticas que mediante uma ampla cadeia de mediações e do uso adequado de instrumentais de trabalho, visam alcançar resultados estabelecidos”, além da dimensão política e ética da profissão pelo comprometimento e reconhecimento dos direitos sociais.

O atendimento as demandas e as respostas profissionais oferecidas devem se pautar nos valores éticos que fundamentam sua prática, com base no Projeto Profissional Ético-Político do Serviço Social³. No espaço específico da saúde e na realidade do aborto legal, além do projeto profissional, é preciso discutir se as intervenções estão, de fato balizadas pelas legislações que garantem o direito do acesso ao procedimento abortivo, e também pelo compromisso aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e, se não estão, o que as tem dificultados e/ou limitados.

A pesquisa se norteou pelas seguintes questões: Como se desenvolve trabalho do assistente social enquanto trabalhador especializado no contexto coletivo da equipe multiprofissional em um serviço de saúde de referência de aborto legal? Qual a compreensão das profissionais sobre o tema e como conduzem suas ações para mediação do acesso ao direito? Quais as contribuições e limitações profissionais que as assistentes sociais vivenciam para viabilizar o acesso aos serviços de aborto legal?

³ O Projeto Ético-Político do Serviço Social representa a autoimagem da profissão, elegendo os valores que a legitimam socialmente, delimitando e priorizando seus objetivos e funções, formulando os requisitos para o seu exercício, prescrevendo normas para o comportamento dos assistentes sociais e estabelecendo as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e instituições. Ele adquire materialidade no conjunto das regulamentações profissionais: o Código de Ética do Assistente Social (1993), a Lei da Regulamentação da Profissão (1993) e as Diretrizes Curriculares (1996) norteadoras da formação acadêmica (ABEPSS) (NETTO, 2009).

De que forma as profissionais de serviço social analisam o debate sobre o aborto no Brasil?

Conforme Cardoso (1971, p. 20) “o método é o guia geral que esclarece e encaminha as ideias”. Nessa perspectiva, a opção metodológica escolhida para investigação foi o método científico dialético de Marx, que apreende que o conhecimento é sempre produzido em uma determinada conjuntura histórica e social como resposta a questões específicas enfrentadas pela humanidade.

O método crítico-dialético tem como referencial teórico o materialismo histórico que se apoia na concepção dinâmica da realidade e das relações entre sujeito e objeto, entre conhecimento e ação, como também de teoria e prática, (MARTINS,1994). Segundo Lima e Miotto (2007) apresenta-se como uma lente orientadora para todo o processo da pesquisa de natureza qualitativa, para entender a natureza dos fenômenos sociais, os significados, motivações, crenças, atitudes e valores, oriundos das relações humanas que não são perceptíveis por meio de equações ou estatísticas. Sem, contudo, se abster de dados quantitativos que ilustram os indicadores sociais dos casos de aborto no país, além de análise, em que o pesquisador se compromete em considerar a contradição e o movimento da realidade que envolve o objeto de estudo.

Com base nesse método, a pesquisa visou apreender o fenômeno da realidade do exercício profissional das/os assistentes sociais no serviço de aborto legal eleito, enquanto uma totalidade dinâmica e repleta de complexidades. Dessa forma, buscou estabelecer aproximações com a realidade histórica do fenômeno e a realidade concreta das intervenções profissionais.

O que demandou organização do percurso metodológico a partir de dois momentos: o primeiro momento foi de levantamento bibliográfico com revisão de literatura para apropriação teórica sobre o aborto, suas legislações e políticas. E ainda, levantamento documental referente Portarias, Normas Técnicas, e outros pertinentes a este estudo, disponíveis em plataformas digitais governamentais e/ou bibliotecas especializadas.

O segundo momento se caracterizou pela reconstituição empírica do objeto, momento em que se deu o esforço investigativo com a coleta de dados e informações, e sistematização dos mesmos que propiciaram aproximações e descobertas sobre o fenômeno pesquisado. Aqui o foco foi direcionado especificamente ao exercício profissional das/os assistentes sociais no interior da

equipe multiprofissional (composta também por médicos, psicólogos e enfermeiros) no âmbito do atendimento mulher vítima de violência sexual, com vistas a apreensão de suas contribuições e limitações frente a demandas e procedimento de aborto legal.

A entrevista semiestruturada foi realizada junto aos sujeitos que compuseram a amostra, eleitos no quadro de profissionais que integram a equipe multiprofissional responsável pelos serviços de aborto legal em um serviço de saúde de referência em Teresina, Piauí num esforço de apreender suas contribuições e limitações profissionais nesse cenário. A entrevista semiestruturada como aponta Minayo (1998, p. 64) “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”. Nessa perspectiva Lakatos e Marconi (2003) consideram a técnica de entrevista como um dos melhores instrumentos de investigação social para obter informações de determinados assuntos.

Um roteiro (Apêndice I) preliminar foi adotado para as entrevistas com questões que versaram sobre em quais dos serviços de atendimento à saúde da mulher contavam com assistentes sociais; qual o olhar das profissionais sobre o aborto; como o aborto era definido e tratado no âmbito do serviço; em que circunstância era realizado; que fundamentos balizavam a conduta profissional das assistentes sociais; como se processava a dinâmica multiprofissional; contribuições e limites por elas identificados para a efetivação do direito ao aborto legal.

A proposta inicial de amostra pretendia ser constituída por indivíduos sociais que estivessem aproximação mais significativa com o problema investigado. Ao abranger 100% da equipe para fins de captação do máximo de informações sobre o assunto ao contemplar aproximadamente 20 profissionais integrantes da equipe multiprofissional composta por 7 assistentes sociais, 7 médicas, 3 psicólogas e 3 enfermeiras.

No entanto, não foi possível a participação desse total de profissionais por dois principais motivos. Primeiro pelo critério de participação da pesquisa, que exigiu que os profissionais fossem ser integrantes da equipe multiprofissional do serviço de referência entre os anos de 2012 a 2016. O segundo motivo por limitações institucionais de acesso a algumas profissionais como também pela recusa de participação na pesquisa por algumas delas. Assim, as entrevistas semiestruturadas com vistas a coletas de dados se delimitaram a 6 profissionais de Serviço Social e a 1 profissional de medicina.

A delimitação desse recorte temporal tem como referência o ano de 2012 pelo avanço legal ao direito ao aborto no Brasil, onde o STF, através da aprovação da Arguição do Descumprimento de Preceito Fundamenta (ADPF) nº 54 reconheceu a permissividade legal da interrupção terapêutica da gestação de feto anencéfalo, como também, a publicação da Resolução nº 1989/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM) que dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para antecipação terapêutica do parto. O ano de 2016 foi escolhido para esse recorte temporal por se referir ano de início da construção desta pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre os dias 05 e 12 de Abril de 2018, no total foram realizadas sete entrevistas, com duração 20 a 40 minutos cada e um total de 235 minutos de entrevista gravadas com a autorização dos envolvidos/as, após a explicação do objetivo da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Vale esclarecer que as entrevistas foram agendadas previamente e realizadas em local e hora de acordo com a disponibilidade de cada profissional. Como forma de preservar o anonimato dos sujeitos, os/as entrevistados/as foram identificados a partir da categoria profissional a que pertencem (Assistente Social) seguida de um número correspondente à ordem das entrevistas, por exemplo, Assistente Social 1, Assistente Social 2, etc.

Outrossim, cabe pontuar que atendendo aos princípios éticos da pesquisa em ciências humanas e sociais, de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012 e Resolução nº 510 de 07 de Abril de 2017, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) a pesquisa de campo só foi realizada a partir da declaração de anuência por parte da Direção do hospital que oferece o serviço atendimento mulher vítima de violência sexual e após autorização da Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (CEP), o que acarretou atraso no início da pesquisa empírica. O processo de autorização da investigação por parte da instituição que contém os serviços de aborto legal em Teresina exigiu uma reorganização da pesquisa com orientações para garantia de anonimato do local, que prontamente foi atendido. Motivo pelo qual tivemos que omitir o nome do hospital que oferta o serviço e a referir-se ao mesmo como “serviço de saúde de referência de aborto legal”.

Todas as entrevistas foram precedidas pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE/Apêndice II) onde nos comprometemos pela preservação da identidade dos sujeitos entrevistados, com uso das informações estritamente para fins

acadêmicos de elaboração da dissertação e artigos científicos. E ainda pela liberdade que os sujeitos participantes da pesquisa tiveram de desistir da mesma a qualquer tempo, sem nenhum ônus ou prejuízo.

Esse percurso junto ao CEP e de busca pelo Termo de Anuência junto à direção do hospital que oferta o serviço estudado, fez com que a investigação sofresse limitações para sua execução, enfrentasse barreiras institucionais, que afetou diretamente no cumprimento ao cronograma inicial. Por fim, procedemos à interpretação, análise e sistematização dos dados articulados ao referencial teórico pesquisado nos resultados obtidos ao longo desta investigação.

O trabalho encontra-se estruturado na seguinte ordem: além da presente introdução, onde buscamos delinear o objeto de estudo, destacando o referencial teórico-metodológico e os procedimentos utilizados na pesquisa empírica. No primeiro capítulo discutimos sobre os direitos sexuais e reprodutivos, com destaque ao movimento feminista e suas reivindicações, e o aborto legal como pautas de luta do Serviço Social, e sua aproximação a esse debate do aborto.

No segundo capítulo, conduzimos a discussão para compreensão dos elementos conceituais sobre o aborto e sua expressividade em diversos países, sua regulamentação jurídica no Brasil, impactos na saúde das mulheres, visualização da construção histórica dos serviços de aborto legal e como o aborto tem sido discutido no âmbito legislativo.

O terceiro capítulo direciona-se a realidade dos serviços de aborto legal em Teresina com foco no serviço especializado as vítimas de violência sexual e destaque ao exercício profissional das assistentes sociais nesse serviço, no esforço de apreender sobre as limitações e contribuições profissionais nesse contexto. Momento em que analisamos dados quantitativos de atendimentos as mulheres que demandaram o direito ao acesso a interrupção da gestação nas situações previstas em lei.

2. DIREITOS SEXUAIS REPRODUTIVOS E O ABORTO LEGAL COMO PAUTAS DE LUTAS DO SERVIÇO SOCIAL

Tendo em vista a perspectiva da totalidade e da concepção dialética da história, esse capítulo tece breves considerações sobre conceitos vistos como fundamentais à compreensão do tema tratado. Fez-se imperativo analisar o estado capitalista e as lutas sociais que envolvem a questão de gênero, em especial na reivindicação do movimento feminista em prol dos direitos sexuais e reprodutivos, cenário de direitos na qual se insere o aborto. Compreendemos tais direitos específicos face a formação social e política do estado patriarcalista brasileiro, que tem a tendência de controlar os corpos das mulheres no âmbito da decisão sobre a maternidade.

Nesse contexto, conduzimos uma análise sobre o Serviço Social no Brasil, especialmente na política de saúde, bem como o movimento que a profissão desenvolveu ao assumir a temática dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, em especial o aborto, como pauta de luta da profissão ao passo que reconheceu como um problema de saúde pública e de justiça social.

2.1 Estado, Lutas sociais e Direitos Sexuais e Reprodutivos

Definir o que é Estado não se constitui numa tarefa fácil ou simples, dada suas várias configurações. É tarefa complexa, mas, necessária, até mesmo para demarcar de que Estado estamos falando. Desse modo, enfocaremos o Estado Capitalista tendo como referência a concepção marxista. Será por esta via que discutiremos seu envolvimento com a sociedade, suas transformações e repercussões, atenta as particularidades históricas, políticas, econômicas e sociais e que remetem a luta de classes e a divisão social do trabalho como pontos fundamentais.

A tradição marxista interpreta o Estado como processo social e histórico. O Estado é um elemento central na dinâmica da totalidade concreta, a sociedade burguesa, sacudida pelas contradições ao longo da história – da luta de classes-, e ao longo dos ciclos do capitalismo (BEHRING, 2018, p. 42)

Compreender o Estado como uma categoria histórica, segundo Behring (2018), é pensar em luta de classes. Farias (2001, p. 7) lembra que o Estado capitalista precisa sempre ser visto como “uma totalidade concreta, complexa e contraditória”,

que sofre variações temporais, espaciais e apresenta características próprias em diferentes realidades. É um fato histórico, pertencente de um processo com diferentes modalidades e configurações.

Para Pereira (2011), o Estado capitalista é o mais poderoso constructo político que tem uma dinâmica impulsionada por forças e pressões internas e externas formadas pelo confronto de interesses contrários da sociedade. De um lado estão os representantes do capital, os burgueses, na busca de reproduzir e ampliar sua economia privada e, do outro, os trabalhadores que produzem socialmente a riqueza capitalista e lutam pelo compartilhamento da acumulação historicamente privada.

Netto (2009, p. 19) destaca que é na fase monopolista⁴ que o capitalismo imprime de forma acentuada “o sistema totalizante de contradições que confere a ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica”. Essa fase marca alterações significativas na dinâmica da sociedade, ápice da contradição elementar da socialização da produção da riqueza e sua apropriação privada pelos monopólios.

O aspecto contraditório do Estado deve ser pensado como algo peculiar do sistema capitalista. Conforme Montaño e Duriguetto (2010) suas características são: a garantia aos fundamentos da acumulação capitalista, a legitimação da ordem social vigente assim como apresentar respostas as demandas da classe trabalhadora.

Lênin (2007) aponta que o Estado é produto e a manifestação do antagonismo das classes, pois na sociedade capitalista as classes possuem interesses totalmente divergentes. Assim:

Como o Estado nasceu da necessidade de refrear os antagonismos de classes, no próprio conflito dessas classes, resulta, em princípio, que o Estado é sempre o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante que, também graças a ele, se torna a classe politicamente dominante e adquire assim, novos meios de oprimir e explorar a classe dominada.(LENIN, 2007, p. 32).

Nessa perspectiva, o Estado é utilizado como instrumento pela classe dominante⁵. Para a classe burguesa manter sua dominação política e econômica, o

⁴ Conforme Netto (1996) ao final do século XIX, o capitalismo monopolista, é o período da ênfase na organização de dominação e controle monopólico do capital, com o objetivo de maximização os lucros através do controle dos mercados.

⁵ Numa sociedade capitalista, entende-se por classe dominante, a classe burguesa, aquela que detém a posse dos meios de produção que compra a força de trabalho num sistema de salários daqueles que não possuem os insumos de produção, classe dominada. Considerando Fontes (2017, p.412) “o

Estado não atua como agente conciliador, mas como agente opressor da classe economicamente vulnerável, a dos trabalhadores, e utiliza essa opressão para manter a ordem. A dominação de classes e suas conseqüentes contradições estão concretamente presentes na vida social e como lembra Fontes (2017, p. 417): “apresentadas como se fossem naturais”.

Mesmo considerando a interpretação de Lênin como essencial para analisar o Estado Capitalista, Fleury (1994) sugere que a concepção instrumentalista do Estado é incapaz de fornecer subsídios para compreensão da relação Estado e sociedade, pois limita o Estado apenas como instrumento de consolidação de determinada classe econômica. Por esse motivo, deve-se observar o Estado de forma ampliada.

Nesse ângulo, as contribuições de Antônio Gramsci são relevantes para tal compreensão. O Estado Ampliado é a conjunção de uma sociedade política⁶, esfera da repressão e uma sociedade civil, esfera de mediação e consenso “onde se confrontam os diversos projetos de sociedade, percebendo a incorporação das lutas de classe na esfera estatal” como esclarece Montaño e Duriguetto (2010, p. 45). Assim, é na abrangência da unidade-distinção entre essas duas esferas, sociedade política e civil, que o Estado mantém a hegemonia de uma determinada classe sobre a outra.

A afirmativa de Lenin (2007) sobre a sociedade política, como esfera estatal, tem a função de dominação de uma classe por meio de aparelhos de repressão e instituições com autoridade para tomar decisões e espaço onde efetiva-se o domínio burguês. No entanto, constitui também, espaço de lutas e conquistas sociais históricas. O protagonismo das lutas sociais é representado pela sociedade civil, espaço onde se processa a articulação institucional das ideologias e dos projetos de classes distintos.

A sociedade civil em Gramsci é assim composta por uma rede de organizações (associações, sindicatos, partidos, movimento sociais, organizações profissionais, atividades culturais, meios de comunicação, sistema educacional, parlamentos, igrejas etc.). É uma das esferas sociais em que as classes se organizam e defendem seus interesses, em que se confrontam projetos societários, na qual as classes e suas frações lutam para conservar ou conquistar sua hegemonia. (MONTAÑO e DURIGUETTO, 2010, p. 43)

capitalismo é a introdução do mercado no âmago do ser social, quando a própria força de trabalho se converte em mercadoria”

⁶ A sociedade política, como esfera estatal, tem a função de dominação de uma classe por meio de aparelhos de repressão e instituições com autoridade para tomar decisões e espaço onde se efetiva o domínio burguês. No entanto, é também, espaço de lutas e conquistas sociais históricas (Lenin, 2007).

Embora o Estado tenha uma função mantenedora dos interesses das classes dominantes, ele só consegue manter sua hegemonia e dominação das classes quando incorpora e direciona ações para o atendimento dos interesses das classes subalternas. Assim, “o Estado é todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica e mantém seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados” (GRAMSCI, 2000, p. 331).

Nesse sentido a sociedade civil é um espaço de luta de interesses contraditórios da estrutura social e não representa um espaço homogêneo. A sociedade civil é parte de uma totalidade social que, além de ter um papel transformador significa o espaço onde os movimentos sociais organizam e elaboram ações para defesa e luta pelos seus direitos.

Mesmo que o Estado seja dotado de poder coercitivo, também executa ações protetoras à sociedade. Conforme Pereira (2009), o Estado tem que se relacionar com todas as classes sociais, pois é criatura da sociedade e é ela que o mantém. Pereira (2009) ainda analisa que apesar de atender demandas da classe dominante de forma intensa, o Estado não é instrumento exclusivo dela, e deve, portanto, dar resposta às necessidades da sociedade, na medida em que consolida direitos reivindicados por ela. Nesse sentido:

O Estado se apresenta como uma enorme conciliação das contradições sociais, garantidor da permanência das relações sociais fundamentais — o próprio capitalismo —, visando assegurar a reprodução do conjunto dessas relações sociais [...] As diferenças e divergências no amplo espectro da vida social, expressas nas entidades da sociedade civil, como os partidos, mídias, movimentos sociais, associações etc., convertem (ou não) seus programas em legislações e direitos que podem abranger toda a população. (FONTES, 2017, p. 418)

Vale ressaltar que as lutas sociais não são contra o Estado, mas sim contra os representantes dos interesses do capital que se desdobram não somente nas relações econômicas. Ao considerar que as classes são heterogêneas não podemos desconsiderar que as lutas de classes ocorrem também diante das contradições das relações étnicas, de raça, de religião, de direitos humanos, e principalmente de gênero.

Ao falar de gênero estamos nos referindo as relações estabelecidas entre os sexos, feminino e masculino, e todos os significados atribuídos a eles. Engels (1979)

nos lembra duas coincidências: que o primeiro antagonismo de classe que apareceu na história coincidiu com o antagonismo entre homem e mulher na relação monogâmica, e a opressão de classe coincidiu com a opressão do sexo feminino pelo masculino.

A relação de opressão da figura masculina sobre a feminina e a desigualdade de gênero resultante dela não podem ser vistas de maneira isolada. Concordamos com a concepção marxista que analisa as relações de gênero e de opressão e submissão das mulheres não como uma determinação biológica, mas sim, como um fundamento histórico e social.

Na construção social e histórica os homens sempre foram os elementos dominantes e as mulheres os elementos dominados. Aos homens sempre se associou as funções públicas, a força, a razão, a coragem, a produtividade, a competência. As mulheres sempre foram associadas as funções privadas, à fragilidade, à emoção, ao medo, à incompetência (LIMA, 2018, p. 190)

Em consonância com essa proposição Toledo (2008) afirma que quando a mulher nasce ela já é educada para ser oprimida, para saber o seu lugar na esfera subalterna e é configurada para aceitar essa condição como se fosse natural. Tal proposição é fortalecida e reproduzida pelas diversas instituições da sociedade, como a Igreja, o Estado, a escola, a família e sobretudo, a mídia, que acaba por refletir como imposições socioculturais.

Ao compreendermos que as relações sociais são o conjunto da reprodução da vida em sociedade e todas elas são produtos e elementos que constroem a história, explica-se a compreensão marxista de que as relações sociais entre homens e mulheres são produtos da história e que podem ser transformadas.

A opressão da mulher sempre existiu nas relações sociais humanas, em contrapartida, sociedades matriarcais nunca foram encontradas. A opressão é elemento cultural e social pertencente a diversas estruturas sociais de crenças, valores e costumes, que foi consolidado pelo surgimento da propriedade privada e dos meios de produção. Contraditoriamente quando a mulher se transformou em mão-de-obra o grau de exploração sobre ela aumentou de forma significativa, (TOLEDO, 2008).

Saffioti (2013) situa que desde as sociedades pré-capitalistas, embora a mulher fosse considerada como inferior ao homem, ela tinha um papel econômico relevante, na medida em que desempenhava funções no âmbito do desenvolvimento familiar.

No entanto, o processo de desenvolvimento do capitalismo deu condições extremamente adversas e socialmente desvantajosa às mulheres:

No nível superestrutural, era tradicional uma subvalorização das capacidades femininas traduzidas em tornos de mitos justificadores da supremacia masculina e, portanto, da ordem social que gerara; no plano estrutural, à medida que se desenvolviam as forças produtivas, a mulher vinha sendo progressivamente marginalizada das funções produtivas, ou seja, periféricamente situada no sistema de produção (SAFFIOTI, 2013, p. 65)

Ao passo que a sociedade de classes surge e estrutura-se a divisão social do trabalho, desenvolve-se a subvalorização e a marginalização das mulheres nas funções produtivas. Isso apresenta-se como resultante de toda construção histórico-social da inferiorização da mulher e passa a ser positivo para o processo competitivo da sociedade de classes (SAFFIOTI, 2013).

No entanto, mesmo continuando responsáveis pelo trabalho doméstico a incorporação das mulheres no espaço das fábricas, significou o início de sua ânsia por emancipação. A inserção das mulheres nos espaços operários deu condições para a organização dessa classe em prol de direitos, como exemplo o direito ao voto (TOLEDO, 2008).

Toledo (2008, p.13) relaciona claramente que o capitalismo e a sociedade de burguesa promoveram uma rota de mão dupla às mulheres. A primeira rota nos leva a considerar que “a mulher nunca foi tão maltratada, humilhada e discriminada” como no modo de produção capitalista. As mulheres inseridas no processo de produção social adquiriram maior dependência diante do homem, contudo a dominação social do patriarcado foi reafirmada pela sociedade burguesa e mantido como respostas aos interesses econômicos, a opressão a mulher foi de fato consolidada com o surgimento da propriedade privada dos meios de produção.

As mulheres que não eram da burguesia foram confiscadas pelo capital e transformadas em força de trabalho. E junto com seus filhos! A máquina, criada para render o máximo, acabou por arrancar a mulher de dentro de casa, incorporando-a no seio da classe operária [...] e não deu a contrapartida necessária para suprir o vazio que nela deixava. (TOLEDO, 2008, p. 37)

Saffioti (2013) concorda e aponta que a família como unidade de produção, as mulheres e as crianças desempenhavam um papel econômico fundamental nas indústrias. As oportunidades sociais aos contingentes femininos apresentavam desvantagens sociais através da extensa jornada de trabalho, salários mais baixos

que os homens, marginalização da mulher no processo produtivo, somado a dupla jornada de trabalho das mulheres, pois sua inserção no processo de produção de mercadorias não significou sua saída do processo de trabalho doméstico.

A segunda rota nos faz observar que capitalismo deu condições para libertação do aprisionamento da esfera doméstica e condições para visualização de emancipação das mulheres. Toledo (2008) aponta que o capitalismo ao mesmo tempo que representou um fator de opressão foi também o sistema que deu armas para sua emancipação.

Ao passo que a opressão da mulher passou a ser vista como uma questão política no âmbito da sociedade burguesa, o movimento feminista se apresentou como um movimento social com o horizonte ético e político baseado na igualdade entre os sexos e pela emancipação jurídica e econômica da mulher (INÁCIO, 2018).

Iniciado pelo movimento sufragista⁷, pelo direito ao voto e o acesso à educação no final do século XIX e início do século XX, as reivindicações das mulheres ocorreram nos marcos da democracia burguesa e como face da exclusão do acesso aos direitos civis, políticos e sociais. No Brasil o direito ao voto só foi conquistado em 1932, durante o governo de Getúlio Vargas (TOLEDO, 2008; INÁCIO, 2018).

A persistência da luta por igualdade e a perspectiva de serem, formalmente, iguais aos homens não significou que inicialmente a crítica da desigualdade fosse baseada na dominação de sexo que hierarquizava as relações de gênero como relações de poder (ÁVILA e CORRÊA, 1999).

A discussão sobre os direitos relacionados ao tema da reprodução até foi citado no século XIX, mas, devido a radicalidade política e cultural foi retomada com força e vigor na década de 1970 ao reconhecer a saúde das mulheres e o direito ao próprio corpo como condição para realização da cidadania plena. O movimento feminista marca a defesa em torno dos direitos de liberdade sexual e insere no debate os direitos sexuais e reprodutivos, contexto na qual se insere o aborto (ÁVILA e CORRÊA, 1999).

Sobre a forma como as mulheres se organizaram em prol dos direitos faz-se necessário uma breve explicação sobre a diferença entre movimento de mulheres e o movimento feminista. Inicialmente podemos afirmar que todo movimento feminista é

⁷ “o sufragismo, movimento que marca a chamada primeira onda do feminismo, foi um movimento de caráter internacional[...] os dois grandes objetivos do feminismo sufragista foram a conquista do voto e a entrada nas instituições de ensino.” (INÁCIO, 2018, p. 213)

um movimento de mulheres, todavia, nem todo movimento de mulheres é um movimento feminista. Cisne (2014) aponta que a principal diferença entre eles reside no conteúdo das reivindicações, a exemplo, a temática do aborto, pois existem movimentos de mulheres contra esse direito.

Por muito tempo definiu-se como movimento de mulheres aqueles que lutavam por demandas sociais para melhoria das condições de vida e de trabalho femininas. Por movimento feminista definia-se àqueles que lutavam contra a opressão e pela liberdade das mulheres, pautando questões como sexualidade, aborto, violência, autonomia, direitos civis e políticos. (CISNE, 2014, p. 129)

Cisne (2014) ainda aponta que no Brasil a trajetória histórica desses dois movimentos se confundiu significativamente, visto que embora houvesse identificação de suas pautas⁸ um ou outro movimento de mulheres distorce as bandeiras de luta feminista. Contudo, de maneira geral, ambos fazem parte da construção histórica da defesa aos direitos das mulheres.

Entre os anos de 1970 e 1990 o debate sobre os direitos relacionados a sexualidade e reprodução foram postos como pautas de lutas do movimento feminista brasileiro. Assim, as pressões legislativas para construção de políticas públicas estavam ligadas a especialização temática em torno da saúde privilegiando os temas: direitos sexuais e reprodutivos, no rol dos direitos humanos.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), do ano de 1948, por meio da Organização das Nações Unidas (ONU), tem firmado através de uma série de convenções internacionais, nas quais são estabelecidos estatuto comuns de cooperação mútua dos países, mecanismos de controle que garantem o conjunto de direitos considerados básicos à vida digna, os Direitos Humanos⁹.

O direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são considerados Direitos Humanos Fundamentais. Respeitá-los é promover a vida em sociedade, sem discriminação de classe social, de cultura, de religião, de raça, de etnia, de orientação sexual. Não existe um direito mais importante que outro. Para o pleno exercício da cidadania, é preciso a garantia do conjunto dos Direitos Humanos. (BRASIL, 2013a, p. 11)

⁸ “As reivindicações sociais dos movimentos de mulheres no Brasil, como o direito à creche e à saúde, são incorporadas pelo feminismo, assim como a luta contra a violência à mulher, por exemplo, considerada como uma bandeira feminista, é incorporada pelos movimentos de mulheres”. (CISNE, 2014, p.129)

⁹ Como um conjunto de direitos sociais que surgiram como resposta aos horrores ocorridos na Segunda Guerra Mundial, os Direitos Humanos são universais e inerentes a pessoa humana e não são relativos as particularidades sociais e culturais de cada sociedade. (BRASIL, 2013a).

Entendemos como direitos sexuais o direito de viver e expressar livremente a sexualidade e sua orientação sexual sem violência, discriminações ou imposições culturais ou sociais. Direito de escolha sobre o parceiro sexual, sobre ter ou não ter relação sexual e independente de reprodução. Direito aos serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade quanto à prevenção de gravidez ou doenças sexualmente transmissíveis bem como informações à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013a).

Concordamos com Ventura (2009) que afirma por direito reprodutivo o direito subjetivo de toda e qualquer pessoa de decidir de forma livre e consciente se querem ou não quer ter filhos, bem como o intervalo de seus nascimentos. Ter acesso às informações de métodos e técnicas para ter ou não filhos e dos meios necessários para o livre exercício da autonomia reprodutiva sem discriminações, coerção, violência ou restrições de qualquer natureza.

Nessa compreensão, o debate sobre o aborto, enquanto um direito sexual e reprodutivo, foi protagonizado pelo movimento feminista brasileiro no cenário da luta contra a ditadura militar e na defesa pelos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres. Conforme Oliveira (2005) no final da década de 1970 o lema “Nosso corpo nos Pertence” marcou a luta pelo direito ao aborto como um direito a escolha livre de ter ou não filhos, bem como o livre exercício da sexualidade como uma premissa básica, fundamental e necessária.

A ideia de reapropriação do próprio corpo contida na afirmação *nosso corpo nos pertence* se ancora no reconhecimento de que o corpo de cada uma/um é o lugar primeiro da existência humana, lugar partindo do qual ganha sentido as experiências individuais no cotidiano e nos processos coletivos da história. (ÁVILA e CORRÊA, 1999, p. 73)

Essa frase marca o posicionamento do movimento feminista contra todas as formas de opressão e subordinação das mulheres, principalmente pela expropriação do livre uso de seus corpos. A defesa ao aborto revelou uma radicalidade das mobilizações do movimento feminista, uma vez que, se contrapunha a noção conservadora da maternidade compulsória, compreensão base da moral judaico-cristã. Oliveira (2005) considera a defesa ao aborto como reflexo da luta por um projeto de sociedade democrática que tem a equidade das relações de gênero como um princípio de organização da sociedade.

A luta pela legalização/descriminalização do aborto nos aponta quatro princípios éticos: a) o princípio da integralidade corporal, que é o direito à segurança e ao controle do próprio corpo, como uma dos aspectos mais importantes do conceito de liberdade reprodutiva e sexual; b) o princípio da igualdade, segundo o qual todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos, e esse princípio inclui a igualdade de direitos entre todas as mulheres [...]. c) o princípio de individualidade, o respeito a capacidade moral e legal das pessoas, que implica o direito a autodeterminação, o que inclui o respeito pela autonomia na tomada de decisões sexuais e reprodutivas; e d) o princípio da diversidade, que se refere ao respeito pelas diferenças entre as mulheres, em termos de valores, cultura, orientação sexual, condição familiar e de saúde. (OLIVEIRA, 2005, p. 134)

Assim, a defesa ao direito ao aborto requer pensar em princípios éticos de integralidade, igualdade, individualidade e diversidade. Implica discutir também sobre a violência que as mulheres sofrem em seus diversos aspectos e espaços, seja na família, no contexto comunitário ou mesmo nos serviços de saúde, e uma forma de questionar também toda a estrutura cultural que se impõe à mulher sobre a compulsoriedade da maternidade.

A proposição feminista considera que a reprodução humana deve ser pensada em sua totalidade, ao relacionar, concepção, anticoncepção e aborto. A compreensão sobre o aborto não pode ser desvinculada da maternidade, pois, ambas situações envolvem decisões, escolhas e são objetos de direitos humanos e de cidadania. Assim defender a reprodução humana como escolha e como resultado de uma decisão livre e no campo dos direitos reprodutivos, permite cruzar o campo política da cidadania com o campo da ética (ROSADO-NUNES, 2006).

O debate sobre o aborto e sua defesa ultrapassa a ideia de interrupção da gestação, inclui a discussão de direitos que envolve a sexualidade, a escolha pela maternidade, métodos e técnicas de prevenção a gestação, planejamento familiar, exercício da liberdade, autonomia e cidadania. Os movimentos feministas apresentam-se como novos sujeitos políticos e protagonistas do debate sobre o aborto no Brasil.

Reconhecemos assim, que a legitimação de uma noção dos direitos relacionados à reprodução feminina e sexualidade tem marcas do movimento feminista que utilizou o cenário da redemocratização para luta e defesa da formulação e implementação de políticas públicas direcionadas a saúde da mulher (ÁVILA e CORRÊA, 1999).

Assim, com vistas na organização dos serviços de saúde direcionado a atenção à saúde da mulher, na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres

brasileiras iniciou de maneira torta. Entre 1960 e 1980, a atenção à saúde da mulher no Brasil estava condensada no Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) do Ministério da Saúde, com ações voltadas ao cuidado da gravidez de mulheres pobres que não estavam cobertas pela previdência social. A organização desse programa não incluiu as necessidades à saúde da mulher, nesse sentido:

Foi a primeira política formulada para as mulheres e se restringiu à oferta de serviços de atenção à saúde do 'binômio mãe-filho'. O foco sobre as mulheres diz respeito tão somente à garantia do desfecho gestacional e está associado à preservação do valor da maternidade no centro do papel social da mulher. (COSTA, 2012, p. 985)

O PSMI priorizava a atenção ao feto na tentativa de reduzir a mortalidade infantil, serviu de base para organização dos serviços de saúde pública no Brasil, mas não conteve nos seus objetivos programáticos atenção à saúde reprodutiva. Esse enfoque político de saúde proporcionou o fortalecimento dos valores patriarcais interferindo diretamente na cidadania das mulheres (COSTA, 2012).

Apesar de ser uma temática de muita polêmica na sociedade brasileira com debates e discursos influenciados por convicções morais e valores religiosos, a discussão política, a expansão da atenção à saúde da mulher e aos direitos sexuais e reprodutivos, são resultantes de três fatores: o compromisso assumido pelo governo brasileiro com as conferências internacionais da Organização das Nações Unidas (ONU), pela mobilização das mulheres na luta por equidade e exercício pleno de cidadania, e, pelo contexto de redemocratização do Estado brasileiro.

Com a adoção de políticas de controle demográfico foi incluído no programa ações de planejamento familiar, com objetivo de redução dos nascimentos para atender os interesses internacionais de controle demográfico, tema das conferências sobre população promovidas pela ONU, sendo bastante criticado pelos setores da Igreja (COSTA, 2012).

Desde 1948 várias declarações, convenções e conferências internacionais¹⁰ discutiram sobre os direitos humanos, sendo destaque os direitos da mulher, com vista a eliminação de discriminação e a violência, melhoria de educação, qualidade de vida e de saúde. Para Galvão (1999), outro ponto relevante que esses eventos

¹⁰ Declaração Universal dos direitos humanos (1948), Declaração Sobre a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher (1967), Conferência Mundial dos Direitos Humanos, Teerã -Irã (1968), Convenção Americana sobre os Direitos Humanos (1979), Conferência sobre População e Desenvolvimento, Cairo-Egito (1994), Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing- China (1995).

contribuíram foi para ideia de igualdade de gênero, direitos a liberdade e autonomia, direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, inclusive a discussão sobre a legalidade do aborto.

No Brasil, mesmo com o cenário político de cerceamento de liberdades democráticas, a década da mulher (1976-1985) declarada pela ONU, possibilitou aos movimentos de mulheres brasileiras espaços para discussão sobre as formas de discriminação, denúncias sobre a precariedade do quadro de assistência à saúde da mulher exigindo políticas públicas direcionadas a essas questões (NOBRE; FILHO, 1999).

Enquanto as conferências e acordos internacionais definiam bases de atenção à saúde e influenciaram mudanças significativas. A participação de mulheres na luta por seus direitos e pela melhoria de suas condições de vida impulsionaram decisões governamentais para ações específicas a sua saúde e das crianças (NOBRE; FILHO, 1999)

A discussão sobre políticas de saúde direcionadas às mulheres ocorreu no cenário de redemocratização do Brasil. De acordo com Ávila e Corrêa (1999) as referências fundamentais que expressaram a institucionalização da agenda feminista pelo Estado são: a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) em 1985, da Comissão Nacional de Estudos dos Direitos de Reprodução Humana do Ministério da Saúde, em 1987 e pela formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984.

O PAISM foi norteado pelos mesmos princípios que embasaram, no âmbito do Movimento Sanitário, a formulação do Sistema Único de Saúde, descentralização, regionalização, integralidade e equidade da atenção à saúde (BRASIL, 2004a). O programa incluiu ações educativas, preventivas, tratamento e recuperação, como também assistência clínica ginecológica, pré-natal, parto, planejamento familiar, câncer de colo de útero e mama. A dimensão das mulheres como sujeito de direitos foi incorporada nos objetivos e estratégias do Programa considerando a complexidade de demandas e necessidades de reduzir a mortalidade materna.

Conforme Brigadão e Rodrigues (2011), o PAISM representou um grande avanço por conter em sua terminologia “saúde integral da mulher”, o que contrapõe a saúde materno-infantil. Essa alteração contribuiu para que a construção de políticas e serviços de saúde fosse pensada para atender as demandas das mulheres como sujeito integral, não apenas como sujeito mãe.

É importante pontuar diferenças significantes entre os programas materno-infantil e o de assistência integral à saúde da mulher. O primeiro tinha uma estratégia programática vertical e centralizada, com público-alvo direcionado as mulheres grávidas não inseridas no mercado formal de trabalho e com objetivos apenas de reduzir as taxas de mortalidade infantil e materna. Já o segundo apresentou uma evolução para saúde da mulher, com estratégia horizontal e descentralizada, com cobertura a população feminina de forma universal e com o objetivo não só de reduzir a mortalidade materna, mas também de melhorar a saúde da mulher em todas as fases do ciclo de vida (COSTA, 2012).

Nobre e Filho (1999) consideram o PAISM como uma das mais importantes políticas públicas na área da saúde e saúde da mulher (a priori como Programa/1983 e transformado em política em 2004 – PNAISM), ao incluir no seu contexto a integralidade no atendimento e equidade da atenção. Prestadores de serviços públicos, privados e não governamentais deveriam atender as recomendações e diretrizes relacionadas a assistência à saúde da mulher, postas no acervo documental do PAISM, onde:

Todas as ações destinadas a prevenir as doenças ou promover e recuperar a saúde da mulher e da criança deverão nortear-se pelo princípio da integralidade da assistência. Este, longe de constituir-se, simplesmente, em forma de atividades isoladas, deve traduzir, na pratica uma abordagem integral do indivíduo e de grupos sobre os quais se atua, procurando efeitos coletivos e de proteção duradoura. [...] O conceito de assistência integral, aqui preconizado, envolve a oferta de ações globalmente dirigidas aos atendimentos de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1984, p. 14-15).

O referido Programa foi estruturado com base em princípios e diretrizes que contemplam diversas etapas da vida da mulher, desde a infância a velhice, com horizonte na promoção e recuperação da saúde, inclusive no que se refere a direitos reprodutivos. Outro foco importante refere-se ao planejamento familiar e práticas educativas para atender as necessidades de contracepção, garantindo assim, o direito à livre escolha dos padrões de reprodução (COSTA, 2012).

No entanto, no que se refere à temática do aborto, o PAISM citou apenas como um dos principais os problemas de saúde da população feminina “pouco estudado com informações existentes escassas e fragmentadas” (BRASIL, 1984, p.11). Reconhecia em suas diretrizes gerais de ação para assistência integral à saúde da

mulher que era necessário evitar o aborto provocado, através da prevenção da gravidez indesejada. Mesmo considerando o PAISM como avanço a saúde da mulher, não havia até então, regulamentação sobre os serviços de saúde com foco ao aborto legal.

Faria e Lopes (2016) analisam que no início da década de 1980 haviam poucos espaços para o debate e a participação das mulheres. No entanto, em 1983, no Rio de Janeiro houve um encontro que debateu sobre saúde, sexualidade e aborto, e definira o dia 28 de setembro como Dia Nacional pelo Direito ao Aborto, dia escolhido por ser data de promulgação da Lei do Ventre Livre¹¹.

Destacamos como avanço no debate do aborto no Brasil a criação do primeiro serviço para interrupção da gestação dos casos previstos em lei, no ano de 1989, em São Paulo, na qual foi estruturado e organizado para efetivação do acesso ao direito ao aborto legal. Balizado pela Portaria Nº 692 baixada em 26/04/1989, que dispôs sobre a obrigatoriedade da rede hospitalar do município em prestar atendimento médico para procedimento de abortamento para as situações previstas em lei. Mesmo que a portaria tenha feito a exigência a vítima de violência sexual do Boletim de Ocorrência até 15 dias da agressão sofrida, exigiu também que o atendimento fosse feito por uma equipe multiprofissional do hospital que incluía médicas/os, enfermeiras/os, psicólogas/os, advogadas/s e assistentes sociais. (TALIB, 2005).

Analisamos que esse avanço sobre os serviços de atendimento ao aborto legal só ocorreu devido o interesse governamental do município de São Paulo, na época, sob gestão da Assistente Social Luiza Erundina, atualmente Deputada Federal (PSOL) do estado de São Paulo. A comissão responsável pela organização do serviços além de serem mulheres, eram sensíveis às demandas femininas, a exemplo das feministas a médica Maria José Araújo, responsável pelo Programa da Saúde da Mulher e Edna Rolland, coordenadora da comissão responsável pela implementação dos serviços nos hospitais municipais. (TALIB, 2005).

A novidade do serviço provocou repercussão na mídia brasileira, resistência de profissionais de saúde, principalmente médicos, reprovação da Igreja Católica, ao qual tinha responsabilidade sobre alguns hospitais paulistas e ataques da esfera legislativa do município, com propostas para sua criminalização. Assim:

¹¹ Lei promulgada em 28 de setembro de 1871, assinada pela Princesa Isabel, que considerava livre todos os filhos de mulheres escravas nascidos a partir da data desta lei.

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

Mesmo assim, esforços articulados de diversos setores da sociedade, tais como feministas, juristas, profissionais de saúde, organizações não-governamentais e integrantes do poder executivo conseguiram consolidar não só a criação de outros serviços mas também incentivaram a normatização dos serviços em nível federal.

No processo da Assembleia Constituinte que elaborou a Constituição Federal de 1988, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher apresentou propostas em defesa da igualdade de gênero, mas não citou nenhuma proposta diretamente relacionada ao aborto, pois avaliou que o tema deveria ser tratado por lei ordinária e politicamente necessitava de maiores debates na sociedade brasileira (FARIAS e LOPES, 2016).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 representa o marco jurídico e institucional que reorganizou o ordenamento democrático das instituições e deu condições para adequação aos parâmetros dos direitos humanos. Nos anos de 1990 ocorreu uma extensa produção normativa voltada a promoção dos direitos constitucionais, com avanço significativo ao segmento feminino nas esferas pública e privada, com destaque aos direitos reprodutivos, a partir da participação do Brasil nas conferências internacionais que apresentam uma discussão mais avançada e construída sobre tais direitos (VENTURA, 2009).

A Conferência Mundial Sobre Direitos Humanos, em Viena (1993), propôs que os direitos das mulheres e meninas são inalienáveis e integrais aos direitos humanos universais, e que a violência de gênero, inclusive a gravidez forçada, é incompatível com a dignidade da pessoa humana. Na Conferência Mundial sobre Populações e Desenvolvimento, em Cairo (1994) e a Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing (1995) discutiram sobre os direitos reprodutivos como direitos humanos reconhecidos pelos diversos tratados e convenções internacionais, e, incluíram a pauta de que toda pessoa tem controle e decisão sobre sua sexualidade e reprodução livre de coerção, discriminação e violência, com direito a informações e meios para garantia de um padrão elevado de saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2011a).

Tais conferências reconheceram que em nenhuma circunstância o aborto deve ser visto como um método de planejamento familiar, no entanto, como um problema de saúde pública a ser resolvido através da ampliação e melhoria dos serviços de

saúde de planejamento familiar. Assim, recomendaram que os países signatários revissem as legislações que punem a mulher pela interrupção da gestação, (VIANNA, 2004)

Como forma de atender ao compromisso com os acordos internacionais, o Ministério da saúde elaborou em 1999 a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento aos Agravos decorrentes de Violência Sexual contra Mulheres e adolescente, e, significou para o contexto brasileiro um compromisso com a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Contudo, no Brasil, não há no sistema de saúde uma área específica ou programa responsável exclusivamente para as questões sexuais e reprodutivas, como em alguns países. Assim, em diversas áreas e programas do Ministério da Saúde, em nível federal e das Secretarias Estaduais e Municipais se desenvolvem ações voltadas para a atenção em saúde sexual e reprodutiva “os principais temas da saúde sexual e reprodutiva tem sido: planejamento familiar, violência sexual e aborto voluntário, mortalidade materna, doenças sexualmente transmissíveis e aids”, (VENTURA, 2009, p. 79).

Nessa perspectiva, a estruturação dos serviços de atenção à saúde da mulher tem utilizado a temática da violência com foco na violência sexual, como veremos nos capítulos seguintes. Embora as leis e portarias orientem sobre a estruturação, organização e diretrizes aos serviços especializados as pessoas vítimas de violência, os serviços são direcionados às mulheres, sendo justificado pela razão de maior incidência de mulheres e meninas vítimas de violência sexual¹², (VENTURA, 2009).

Reconhecemos o avanço na formulação de legislações que garantam os serviços de saúde direcionados às mulheres. Embora o Brasil seja signatário dos acordos internacionais e que esses documentos não tenham força de lei, afirma o compromisso com o avanço aos direitos sexuais e reprodutivos. No entanto, percebemos que o país ainda não avançou o suficiente em relação a efetivação desses direitos, visto que, observamos a permanência da criminalização e da prevalente morte de mulheres em decorrência de complicações por aborto, como veremos no capítulo seguinte.

¹² Ventura (2009) aponta que não identificou recomendações específicas relacionadas a assistência de homens e meninos vítima de violência. No entanto, reconhece que a prevenção e tratamento ao segmento masculino deve seguir, no que couber, as recomendações direcionadas as mulheres.

Durante a década de 1990 militantes intitulados “pró-vida” (posicionamentos contrários ao direito da mulher sobre o aborto) passaram a apresentar de forma “massiva e agressiva” propostas de lei para criminalização e repressão ao aborto no Congresso Nacional, conforme lembra Faria e Lopes (2016, p. 15). É interessante pontuar, que o crescimento do movimento conservador em relação ao aborto se deu de forma semelhantes na América Latina e nos Estados Unidos da América, além disso, pela onda de fechamento de clínicas clandestinas e de intensificação das iniciativas de criminalização de mulheres que fizeram aborto.

Carloto e Damião (2018) alertam para intenção de um retrocesso nos direitos já conquistados. As leis sobre o aborto, por exemplo, se amparam muitas vezes na religião, dispositivo de controle das mulheres no contexto da ordem patriarcal e contribui para um debate moral sobre a questão, implicando assim para criminalização das mulheres que recorrem a ele.

Consideramos que o desenvolvimento dos direitos relativos à sexualidade e reprodução no Brasil é marcado por uma cultura religiosa, com predominância católica e no contexto de uma sociedade construída historicamente com fortes marcas do patriarcalismo e pelas diferentes expressões de dominação vinculadas ao machismo, sexismo e na limitação da liberdade de diversidade, que são resultados das desiguais relações sociais de gênero.

É necessário identificar o patriarcado, conforme Saffioti (2004), como a dominação masculina através da naturalização da dominação-exploração dos homens sobre as mulheres através das figuras do pai e marido, bem como toda a estrutura de poder, representando também pelo Estado. Segundo a autora, se configura em um tipo hierárquico de relação social que invade todos os espaços da sociedade que implementa um regime que dá poder aos homens sobre a opressão-dominação-exploração das mulheres.

O Brasil tem a particularidade histórica de uma formação social centralizada numa estrutura patriarcal de dominação. Aguiar (2000) afirma que diversos estudos apontam o patriarcado como uma herança do sistema escravista, vivenciado pela sociedade brasileira por muito tempo de sua história e que interferiu e interfere diretamente nos direcionamentos e interpretações do sistema político brasileiro, principalmente para formulação de políticas públicas direcionadas aos direitos das mulheres.

Vianna (1974) nos lembra que a sociedade brasileira é marcada por uma composição de predominância colonial e rural, centralizada nas grandes propriedades de terra, com uma organização familiar baseada no latifúndio que se deu através da doação das sesmarias. Nesse contexto, se assenta a organização da família patriarcal e estende-se a toda organização social.

Nessa perspectiva, Holanda (2002, p. 73) concorda e aponta que o Brasil se desenvolveu como uma “civilização de raízes rurais”, baseada na escravidão e nas grandes propriedades de terra. Isso reflete a prevalência do modelo de família patriarcal e o tipo de dominação tradicional onde o poder do chefe de família era ilimitado e sua autoridade incontestável. O autor também admite que essa dominação no âmbito doméstico familiar se estendeu a esfera pública e política.

Aguiar (2002, p. 313) analisa que Max Weber vê a relação do poder do patriarcado como sendo um sistema de normas baseado na tradição, com decisões marcadas nas perspectivas da manutenção do tradicional, com a autoridade patriarcal como elemento básico a obediência e uma relação de dominação inquestionável.

Outra característica a ser considerada para compreensão do pensamento social brasileiro é o patrimonialismo. Como uma transformação do patriarcado, destaca-se a partir da construção das relações de dependência entre a autoridade patriarcal e seus familiares e fortificadas pelo processo do desenvolvimento capitalista. Aguiar (2002, p. 315) analisa que “os elementos que compreendem o setor privado (família e economia) são comandados pelo setor público [...] em que são as instituições privadas as que comandam o setor público”.

O patriarcalismo apresenta fortes influências do ideário religioso, pois, analisa a maternidade como uma condição biológica e a vida como algo sacramental, além de fortalecer a defesa aos valores morais e a tradição dos costumes.

Citeli e Rosado-Nunes (2010) analisam que a cultura brasileira é fortemente influenciada pela visão católica acerca do lugar das mulheres e dos homens na sociedade, ao interpretar a mulher com o dom da maternidade, acolhedoras da vida e defensoras da vida humana. As religiões patriarcais tendem a legitimar uma violência simbólica, por atribuir características negativas as mulheres que decidem interromper a gestação, por isso:

A estratégia contida na tradução do pecado como crime [...] a associação com o assassinato, morte de inocentes violência e barbárie produzem como efeito a caracterização das mulheres como criminosas, assassinas impiedosas de criancinhas inocentes, violentas e barbaras. [...] A atribuição de características negativas às mulheres tem, como sequencia inescapável de

muitas delas, o sentimento de culpa por recorrer ao aborto. (CITELI e ROSADO-NUNES, 2010, p. 34)

REDEH (2018) lembra que a família enquanto instituição social, carrega as ideias patriarcais que reforçam a divisão das tarefas domésticas, na qual sobrecarrega as mulheres e meninas as funções de cuidado de filhos e irmãos, desresponsabilizando os homens das tarefas domésticas. Assim, a responsabilidade pela contracepção e reprodução é exclusiva das mulheres, sendo também as únicas punidas quando recorrem a interrupção da gestação.

O sistema patriarcal materializa através de leis, políticas, práticas e ocupação dos espaços pelo poder masculino, o controle sobre o corpo e a sexualidade das mulheres, que tem sustentação histórica pelas ações da Igreja, do Estado, da Medicina e do Direito, “tudo para justificar a dominação masculina da sociedade através da ideia de inferioridade feminina” (SOS CORPO, 2018, p. 38)

Essa relação público-privado no contexto político, social, patriarcal e patrimonialista, implica considerar como um sistema de opressão que aprofunda as desigualdades de homens e mulheres e acentua, no desenvolvimento do capitalismo, a dominação masculina nas instituições sociais que perpassa as relações de trabalho, as relações patriarcais do Estado e que afeta a compreensão de gênero, sexualidade, cultura e educação, bem como a formulação de políticas públicas. (REZENDE, 2015). Assim:

Uma sociedade que não oferece a mulheres e homens condições para o exercício desse ato de trazer ao mundo um no ser de forma plenamente humana é uma sociedade moral e eticamente questionável [...]. Enquanto essa escolha não se tornar um valor moral básico na sociedade, mulheres e homens não poderão agir como seres plenamente humanos. (ROSADO-NUNES, 2006, p. 32)

Constitui-se como necessário, o reconhecimento das mulheres como sujeitos com plena capacidade de escolher eticamente sobre se quer ter, quando e quantos filhos, pelo simples fato de ser uma escolha, e não por serem, biologicamente, dotadas capacidade de reprodução humana.

A luta por direitos, protagonizados pelos movimentos de mulheres e pelo feminismo, enfrenta sistematicamente, a sociabilidade patriarcalista e patrimonialista que marca a estrutura da sociedade brasileira no contexto do capitalismo contemporâneo. No ano de 2004 foram criadas as Jornadas pelo Direito ao Aborto

Legal e Seguro, momento em que diversas entidades feministas fomentaram o debate do aborto com foco na modificação legislativa sobre a questão.

Em 2008, o movimento feminista criou a Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto no contexto de criminalização de mulheres, quando a polícia do Mato Grosso do Sul invadiu uma clínica que realizava abortos em Campo Grande e expôs dez mil mulheres que realizaram o procedimento, dessas 1.500 foram indiciadas criminalmente e algumas condenadas, como também profissionais. (FARIA e LOPES, 2016).

O feminismo, como protagonista da luta pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil, contribui significativamente para construção política das mulheres enquanto sujeitos de direitos e contra um sistema social tradicional-patriarcalista e contra todas as formas de dominação e exploração das mulheres.

Só haverá uma sociedade emancipada para as mulheres quando rompermos as estruturas do capitalismo patriarcal, que tão bem se articulam com a dominação étnico-racial e heterossexista em nossa sociedade. (BRAGA, MESQUITA e MATOS, 2013, p. 29).

Assim, ter os direitos sexuais e reprodutivos como pauta de luta consiste ter como direcionamento social e político a igualdade entre homens e mulheres, na perspectiva da emancipação humana com foco no exercício pleno da liberdade. As normas que regulamentam a sociedade e aos direitos reprodutivos são produtos de nossas ações políticas e nesse cenário, discutir sobre o aborto, direciona a compreensão da decisão sobre a maternidade, não como uma imposição biológica, mas como uma experiência humana plena que deve ser feita de forma livre e consciente.

É nesse sentido que a luta das mulheres pelos seus direitos se enquadra. Quando as feministas lutam pela legalização do aborto, não estão apenas colocando o aborto em questão, mas um sistema que domina e explora mulheres, que instrumentaliza sua capacidade biológica e as reduz ao unido destino da maternidade como sua função social. (CARLOTO e DAMIÃO, 2018, p. 311)

O processo de construção e luta pelos direitos sexuais e reprodutivos está integrado a um processo mais amplo de construção de democracia e na perspectiva da cidadania, em contradição ao controle do corpo e da sexualidade centrais da dominação patriarcal. A noção da gestação como uma opção e não como uma

obrigação, rompe com o determinismo biológico e propõe a liberdade para escolha reprodutiva e direciona a perspectiva ampla da cidadania. A garantia das condições legais e materiais para vivência dos direitos sexuais e reprodutivos servem justamente para possibilitar as mulheres escolheres e decidirem de forma livre e consciente sobre todos os processos de seus corpos.

Um instrumento que autoriza essa possibilidade, tais direitos trazem o benefício adicional de exigir a transformação das desigualdades, uma vez que engravidar, abortar, adotar, criar, etc. são decisões no interior das relações sociais, ocorrem em contextos econômicos, culturais, políticos e lhes dão significados, possibilidades e limites, bem como estão atravessados por relações de poder de gênero, raça e classe. (SOSO CORPO, 2018, p. 40)

Não se trata apenas de obter mecanismos para vivência do direito, é necessário sobretudo uma reestruturação das relações sociais e de mudanças nos rumos da sociedade, visto que, o desafio atual do movimento feminista diante da luta pela legalização e descriminalização do aborto no Brasil é que contexto social machista e um cenário político autoritário.

O direito ao aborto no Brasil tem sido focado na perspectiva jurídica ao definir as situações específicas sobre sua permissividade legal, e os serviços direcionados a essa questão estão focalizados na atenção à saúde da mulher. Dessa maneira, compreendendo o Serviço Social como uma profissão da área da saúde, faz-se imperativo analisar de que forma a categoria profissional tem discutido sobre o aborto no Brasil e como as reivindicações feministas têm integrado a agenda profissional contemporânea.

2.2 O Serviço Social no contexto da política de saúde e na luta pela autonomia das mulheres sobre o próprio corpo

Foi no contexto do capitalismo monopolista¹³, de acentuação dos conflitos sociais e das expressões de exploração e alienação do trabalho que o Serviço Social surgiu como profissão. Netto (1996, p. 13) considera que “não há dúvidas em relacionar o aparecimento do Serviço Social com as mazelas próprias à ordem burguesa”, pois, no terreno da desarmonia na relação capital e trabalho e da

¹³ “O acréscimo dos lucros capitalistas através do controle de mercados” (NETTO, 1996, p. 16).

necessidade de mediação dos conflitos, que a profissão foi “institucionalizada, socialmente legitimada e legalmente sancionada”.

Com a incessante busca por superlucros da classe capitalista em detrimento dos interesses da classe trabalhadora, o Serviço Social foi institucionalizado com iniciativas do Estado e da burguesia, para dar respostas ao conjunto de problemas sociais, políticos e econômicos característicos da sociedade burguesa madura (NETTO, 1996; CARDOSO, 2013).

Nessa premissa, considera-se uma profissão típica da sociedade capitalista, Silva (2013) concorda e afirma que é impensável analisar a gênese do Serviço Social fora dos marcos da ordem burguesa, uma vez que, seu aperfeiçoamento enquanto profissão especializada e inserida na divisão social e técnica do trabalho, apresentou funções e atribuições organicamente vinculadas a respostas à manutenção da ordem e controle da força de trabalho.

Poder-se-ia afirmar que o Serviço Social, como profissão inscrita na divisão social do trabalho, situa-se no processo de reprodução das relações sociais, fundamentalmente como uma atividade auxiliar e subsidiária no exercício do controle social e na difusão da ideologia da classe dominante junto a classe trabalhadora. Assim, contribui como um dos mecanismos institucionais mobilizados pela burguesia e inserido no aparato burocrático do Estado, das empresas e outras entidades privadas, na criação de bases políticas que legitimem o exercício do poder de classe, contrapondo-se às iniciativas autônomas de organização e representação dos trabalhadores. Intervém, ainda, na criação de condições favorecedoras da reprodução da força de trabalho, através da mediação dos serviços sociais, previstos e regulados pela política social do Estado, que constituem o suporte material de uma ação de cunho educativo, exercido por esses agentes profissionais. (IAMAMOTO e CARVALHO, 1993, p. 94)

Isso justifica a afirmativa de Netto (1996) ao sinalizar as condições socio-históricas comandadas pela ordem monopólica do capital como criadora de um espaço socio-ocupacional para o Serviço Social, não como uma evolução da ajuda, da organização da filantropia ou da caridade, mas vinculada diretamente a dinâmica do capitalismo. Demarca-se assim, a primeira característica contraditória da profissão, pois ao passo que deveria atender as necessidades da classe trabalhadora não poderia deixar de fortalecer os interesses da classe burguesa.

Iamamoto e Carvalho (1993) reiteram essa análise ao considerar também, que é no desenvolvimento e integração do movimento operário ao cenário político, que se

exigiu do Estado e do empresariado seu reconhecimento enquanto classe e respostas as expressões da Questão Social¹⁴, para além da repressão. Assim:

Questão social que, sendo desigualdade também é rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção de rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movidos por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. (IAMAMOTO, 2015, p. 28)

O ajustamento da classe trabalhadora a ordem social do capital estava voltada para a amenização dos conflitos sociais resultantes do acirramento das sequelas da “questão social”. Conforme lamamoto (2015), entende-se por Questão Social o conjunto das expressões de desigualdade da sociedade capitalista com raiz na produção social da riqueza através do trabalho coletivo e na sua apropriação privada e monopolizada por uma pequena parcela da sociedade, que “se traduz na valorização crescente do capital e no crescimento da miséria relativa do trabalhador”, lamamoto e Carvalho (1993, p. 79).

A Questão Social é parte constitutiva da estrutura histórica da sociedade de classes, e, também justificativa para constituição do Serviço Social como profissão especializada, logo, apresenta-se como “matéria-prima” para ação profissional, ou seja, suas múltiplas expressões como objeto de trabalho, (IAMAMOTO, 2015).

Como parte das relações sociais capitalistas, a Questão Social, foi e é manifestada na prevalência das necessidades coletivas no contexto de “disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais” conforme lamamoto (2001, p. 17).

No Brasil, até 1930 os problemas sociais foram equacionados como “caso de polícia”¹⁵. A conservação de uma estrutura hierárquica da organização social conferiu

¹⁴ É necessário pontuar a existência de uma única Questão Social, manifestada pela contradição Capital e Trabalho. É no âmbito das expressões da Questão Social (forte desigualdade, desemprego, pobreza, miséria, fome, violência) que o exercício profissional acontece, (CARDOSO, 2013). A expressão surgiu pra caracterizar o pauperismo massivo da classe trabalhadora, conforme Netto (2001, p. 42) a expressão “Questão Social” surgiu para caracterizar o pauperismo massivo da classe trabalhadora, resultado da primeira onda industrializante do século XVIII, característica fundamental da instauração do capitalismo que “pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta em que se aumentava a capacidade social de produzir riquezas”.

¹⁵ “As classes dominantes pretendiam vencer esse medo pela ocultação, tanto o medo quanto da questão social em si.[...] O poder na sua forma mais absoluta e caricata, isto é, no seu conteúdo repressivo máximo, se realiza de forma plena na morte.[...] O problemas sociais tratados pela política,

aos conflitos sociais o estatuto de desordem por meio da repressão dos movimentos sociais na medida que se buscava a conservação da ordem, da família, da propriedade privada e da tradição (FILHO, 1982).

Além da polícia, a solidariedade social, por meio da Igreja Católica, era responsável pelo enfrentamento aos problemas sociais, com ações assistenciais descontínuas e desarticuladas com base na caridade e no voluntariado. O caráter conservador das intervenções sociais tinha um papel moralizante e moralista sobre os comportamentos, hábitos e costumes (CARDOSO, 2013; CISNE, 2012).

A partir de 1930, com o desenvolvimento do capitalismo e do processo de industrialização e urbanização do Brasil, a Questão Social ganhou contornos políticos¹⁶ na medida em que Getúlio Vargas, então presidente do país, organizou a legislação social e trabalhista sindical como estratégia de enfrentamento as expressões da questão social (FILHO, 1982).

Ao passo que Vargas implementava medidas para dar respostas as reivindicações da classe trabalhadora, garantiu também a consolidação da burguesia industrial, esta que também, fortaleceu esforços para o atendimento as demandas dos trabalhadores com a criação de instituições privadas assistenciais. As ações governamentais desenvolvidas nesse momento marcaram a emergência da assistência social, não como um direito, mas como um favor. Ações caracterizadas pelo “clientelismo, mascaramento da desigualdade social e o apadrinhamento” conforme Cisne (2012, p. 32).

O enfrentamento às expressões da Questão Social deu-se por via da organização das políticas sociais e o assistente social como executor delas. Nesse contexto, como profissão o Serviço Social surgiu como estratégia da burguesia e do Estado para o apaziguamento dos conflitos provenientes da Questão Social, na medida em que passou a compor as equipes de trabalho e ser requisitado a implementar e executar políticas sociais assistencialistas e populistas. Cabe ressaltar que, tais ações tiveram suporte da Igreja Católica, instituição responsável pela

rigorosamente falando, nunca existiram porque passíveis de serem exterminados; à bala”. (FILHO, 1982, p. 61)

¹⁶ A questão social como caso de política refere-se ao reconhecimento estatal sobre os problemas oriundos da relação capital e trabalho, no entanto, com objetivo de desmobilização/despolitização da classe operária com a Consolidação das Leis trabalhistas e do controle da organização sindical, logo, “os conflitos sociais são componentes básicos da sociedade quando não geram inquietação social” (FILHO, 1982, p. 76)

estruturação da profissão e formação¹⁷ das primeiras profissionais no Brasil (CARDOSO, 2013).

Foi no cenário da organização brasileira para criação de mecanismos reguladores, e, para que contribuíssem com a reprodução do capital, que o Serviço Social ganhou espaço na divisão social e técnica do trabalho, as profissionais como trabalhadoras assalariadas com espaço no mercado de trabalho e como agentes responsáveis pela execução de políticas sociais (YAZBEK, 2009b).

É necessário considerar que a institucionalização da assistência social como ação do Estado e com as influências da Doutrina Social da Igreja¹⁸ foram determinantes para o Serviço Social brasileiro, visto que, “a criação de instituições públicas que assumiriam a assistência social marca, indubitavelmente, o início da legalização da profissão de Serviço Social”, como apresenta Torres (2002, p. 28).

O processo de reafirmação do *status quo* produziu outra característica peculiar do processo de emergência do Serviço Social: sua constituição como uma profissão feminina. A política de saúde também foi um espaço que absorveu os profissionais de Serviço Social, principalmente a partir de 1945, pelas exigências e necessidades do aprofundamento do capitalismo no panorama do término da Segunda Guerra Mundial. Conforme Bravo e Matos (2009) a Saúde foi o setor que mais absorveu assistentes sociais. Com o novo conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁹, ao focar os aspectos biopsicossociais, requisitou a ampliação de profissionais no setor, inclusive assistentes sociais, para contribuir no aperfeiçoamento do trabalho do Médico.

A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o assistente social foi identificado (em conjunto com outras profissões, no contexto de cooperação vertical) como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico. A relação era pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor era o médico. [...] ficando sua atuação para aquilo que o médico lhes delegava. (MATOS, 2013, p. 57)

¹⁷ Para qualificação técnica das novas profissionais, foi criado em 1936, a Escola de Serviço Social de São Paulo, com uma especialização dos Centros de Estudos e Ação Social da Igreja.

¹⁸ Base teórica no tomismo e neotomismo e as ações profissionais se baseavam nas diretrizes das encíclicas papais *Rerum Novarum* (1891) e a *Quadragesimo Anno* (1931)

¹⁹ A OMS elaborou em 1947 uma nova definição sobre saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.

O Serviço Social Médico, como foi denominado, tinha a função de conhecer a situação social dos pacientes e repassar ao médico. Bravo (2013) destaca como principais funções exercidas pelos profissionais nesse momento: triagem socioeconômica, elaboração de fichas informativas para balizar o atendimento do médico, distribuição de auxílios financeiros para o retorno a instituição médica, bem como a ação educativa com a finalidade de viabilizar uma educação sanitária.

Com base em uma prática educativa em relação aos hábitos de higiene e saúde, como estratégia de evitar doenças, o Serviço Social na saúde foi responsável pelo elo entre instituição de saúde, família e usuário tendo em vista continuidade do tratamento após a alta. Mesmo assim, desenvolvia uma metodologia baseada no funcionalismo “compreendia que os problemas vividos pelos clientes eram frutos do seu comportamento e que, portanto, mudando seus hábitos, alterar-se-ia a sua situação”, como salienta Matos (2013, p. 57)

Bravo (2013) também aponta que o trabalho de natureza educativa focou no desenvolvimento das potencialidades do “cliente”, os problemas eram tratados de forma individualizada e residual, pautava-se na noção do proletariado como possuidor de baixo nível cultural que precisava ser educado para suavizar a miséria e as doenças. Com uma conotação de controle ideológico da sociedade burguesa, sancionado pela Igreja, tinha como elemento básico de ação recuperar o homem e recristianizar a sociedade ameaçada pela crise.

A relação da profissão com o ideário católico no contexto de expansão do capitalismo imprimiu a profissão o conservadorismo. Ao abordar a Questão Social como um problema moral e religioso, as intervenções priorizavam as soluções dos problemas sob responsabilidade individual dos sujeitos a partir de ações conservadoras, individualistas e moralizadoras na perspectiva de sua integração as relações sociais vigentes (YAZBEK, 2009a; 2009b).

Assim, a fundamentação teórico metodológica para formação profissional e os primeiros objetivos político-sociais da profissão foram orientados pelos posicionamentos conservadores humanista cristão e pela teoria social positivista. Contrários aos ideários liberais e marxistas, tinham foco na recuperação da hegemonia do pensamento social da Igreja sobre a Questão Social e na conservação da ordem burguesa (YAZBEK, 2009a).

Tratava-se de uma formação que buscava dar bases científicas e teóricas para o profissional, a fim de capacitá-lo a compreender a realidade social com um olhar voltado à dita normalidade dessa sociedade e as pretensas disfunções, perturbações e patologias as quais os indivíduos estavam sujeitos para, assim, o profissional intervir na cura, no ajustamento e na adequação desses indivíduos às normas sociais e aos padrões de normalidade instituídos, corrigindo todos e quaisquer desníveis e disfunções, tendo por base os princípios cristãos da moralização da sociedade. (CARDOSO, 2013, p. 118)

A herança conservadora da profissão foi configurada pela aliança entre a burguesia e a Igreja Católica contra qualquer ameaça a ordem capitalista, principalmente, a teoria social de Marx. Implicou um projeto de profissão favorável a reprodução dos interesses das classes dominantes através do controle ideológico das classes subalternas de ajuste, conservação, defesa da família e da hierarquia. O conservadorismo reforçou o determinismo biológico de subordinação da mulher e sua responsabilidade pelo equilíbrio familiar e social através de atividades educativas e caridosas. (CISNE, 2012).

Como base fundamental no neotomismo, nos aspectos convenientes do positivismo e no pensamento conservador a dimensão ética pautava-se nos valores humanistas cristãos, com a busca pela perfectibilidade humana. Os problemas individuais eram percebidos como desajustes biológicos e emocionais e sua resolução ocorria em um movimento de naturalização das desigualdades. O equilíbrio social seria conseguido através da adequação a realidade social, ou seja, ajustar e conservar a ordem societária capitalista vigente (CARDOSO, 2013).

Nesse sentido, as marcas teórico-metodológicas positivistas e conservadoras caracterizaram os aspectos técnicos-operativos e éticos do exercício profissional, ao construir a primeira projeção profissional: o projeto tradicional conservador do Serviço Social Brasileiro.

Esse projeto profissional apresentou-se como hegemônico até a década de 1960, período que se iniciou um movimento de revisão teórica, metodológica, política e operativa do Serviço Social. Yazbek (2009b) aponta que os questionamentos ao projeto Tradicional ocorreram no contexto latino-americano e impôs às assistentes sociais a necessidade de um novo projeto profissional comprometido com as demandas da classe subalterna, através de um caráter mais científico das atividades profissionais e consciência crítica à sociedade de classes.

Nesse sentido, foi com a perspectiva crítica de contestação política e com proposta de transformação social que se iniciou no interior da profissão o Movimento

de Reconceituação do Serviço Social, que buscou novas referências a profissão, redirecionou suas bases teóricas, política e éticas e gestou a possibilidade para o projeto profissional emancipatório: o Projeto Ético-Político do Serviço Social, iniciado pelo movimento chamado intenção de ruptura, como atesta Netto (2005).

Esse movimento de reorganização profissional teve início na América Latina no contexto de mudanças econômicas, políticas e sociais e de reorganização do capital mundial. No Brasil, a emergência da ditadura militar limitou a efetivação de uma ruptura com o tradicionalismo e conservadorismo e resultou no desdobramento de outros projetos profissionais que deram continuidade ao projeto tradicional conservador: o projeto modernizador e o projeto fenomenológico (CARDOSO, 2013).

O projeto modernizador, ou modernização conservadora, nomeado por Cardoso (2013), refere-se a uma reatualização do Projeto Tradicional, que não rompeu com a essência e manteve a postura conservadora das ações profissionais. A marca desse projeto é o aprofundamento da influência positivista com a incorporação de abordagens funcionalistas na tentativa de incluir um caráter técnico e científico para ações profissionais que “configuraram um projeto renovador tecnocrático fundado na busca da eficiência e da eficácia que devem nortear a produção do conhecimento e a intervenção profissional”, conforme Yazbek (2009b, p. 149).

Cardoso (2013) destaca como marco importante desse projeto a produção de dois documentos fruto da organização políticas das profissionais da época: Araxá (1967) e Teresópolis (1970). Produzidos em plena ditadura militar não fizeram reflexões críticas a conjuntura política e social, mas reafirmaram a contribuição do Serviço Social no desenvolvimento do país através de sua competência técnica e burocrática como reforço de manutenção da sociedade capitalista.

O projeto fenomenológico, ou reatualização do conservadorismo, também não rompeu com o tradicionalismo e conservadorismo, mas também não teve vínculo com a teoria positivista. Netto (2005) analisa que a ação profissional nesse momento teve por base a compreensão dos fenômenos vivenciados pelos indivíduos, com uma tendência psicologizante da realidade social, ao passo que possibilitava ao sujeito seu autoconhecimento num processo de conscientização individual. A hegemonia desse projeto profissional ocorreu mais claramente nos espaços acadêmicos e na produção de conhecimento da profissão, com destaque na elaboração do documento de Sumaré (1978). De maneira geral essa perspectiva profissional reafirmou, mais uma

vez, o significado ideopolítico da profissão com a reprodução dos interesses das classes dominantes e da manutenção do ordenamento do capital.

As modificações ocorridas na conjuntura da ditadura militar exigiram dos profissionais de Serviço Social uma qualificação profissional para o manejo das burocracias institucionais. No âmbito da saúde, a perspectiva modernizadora, reafirmou os traços conservadores e exigiu da profissão ações interventivas, dinamizadoras e integradoras do processo de desenvolvimento nacional, sem questionar a ordem sociopolítica com uma moldura teórico e metodológica menos débil (BRAVO, 2011).

A profissão teve sua ampliação na área da saúde em decorrência do complexo previdenciário de assistência médica de caráter individual, seletivo e não coletivo. Vale ressaltar que, as intervenções profissionais eram direcionadas ao conjunto de trabalhadores que estavam inseridos no mercado de trabalho formal e que contribuía com a previdência social. Por isso, o Serviço Social na saúde tinha como finalidade a reafirmação da perspectiva da dominação e o controle da classe trabalhadora.

Recebendo as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, vai sedimentar sua ação na prática curativa, primordialmente na assistência médica previdenciária, transformada no maior empregador de profissionais. A ação na saúde pública não foi enfatizada. O sentido da prática profissional foi apreendido mitificadamente, sendo enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais, a concessão de benefícios concebidos como doação e não como direitos. (BRAVO, 2011, p. 128)

Apesar de ter sido considerada como uma profissão fundamental nos serviços especializados e individuais de saúde a finalidade do Serviço Social Médico no âmbito da intervenção nos fatores psicossociais influenciou negativamente na proteção e na recuperação da saúde, pela ênfase no paciente e a responsabilização da sua situação de doença. Conforme Bravo (2011) as ações do assistente social que imprimiram a perspectiva fenomenológica na saúde focaram nas funções terapêuticas, preventivas com base no “Serviço Social de caso” e no aspecto psicossocial, do vivido e da comunidade como importantes para transformação individual.

Embora o conservadorismo tenha sido assumido majoritariamente na área da saúde, houve questionamentos profissionais sobre a manutenção do *status quo*. Foi apenas com o fortalecimento do Movimento Sanitário, no bojo do contínuo movimento

de ruptura com o conservadorismo, que o Serviço Social na área da saúde começou a apresentar mudanças na perspectiva das ações profissionais com vistas na alteração do modelo médico-assistencial privatista nos anos iniciais da década de 1990.

A reação à herança conservadora da profissão é nomeada por Netto (2005) como a intenção de ruptura, ou Projeto de Ruptura, marca a organização da profissão para romper com as raízes tradicionais conservadoras através da aproximação da teoria social de Marx, ao direcionar um projeto profissional com vista a perspectiva emancipatória.

A perspectiva emancipatória está totalmente relacionada à busca da superação da ordem do capital, o que propiciará a plena liberdade dos homens a partir do fim da condição de dominação/exploração da classe trabalhadora e, portanto, de sua alienação, conduzindo todos os homens à emancipação humana. (CARDOSO, 2013, p. 169)

A transição dos anos de 1970 a 1980, representou o período de efervescência da redemocratização brasileira, reafirmado pela organização da sociedade civil e o protagonismo dos sujeitos na luta pela democracia. A luta contra a ditadura e a conquista da democracia política possibilitou rebatimentos no Serviço Social a partir da disputa entre diferentes projetos societários. O clima de ampliação das liberdades democráticas inscreveu condição política para constituição do novo projeto profissional e sinalizou o compromisso crítico para superação do tradicionalismo e conservadorismo das ações profissionais (NETTO, 2009).

Netto (2005) destaca três momentos históricos da intenção de ruptura com o conservadorismo profissional: a emersão, a consolidação acadêmica e o alastro do direcionamento ético no âmbito da categoria profissional. O autor considera que o marco inicial ocorreu com a formulação do Método B.H²⁰ (1972 -1975), uma proposta teórico-metodológica crítica ao tradicionalismo do Serviço Social a partir da leitura da realidade com vistas à transformação social e o fortalecimento da classe trabalhadora através de uma aproximação ao marxismo.

O segundo momento ocorreu na consolidação acadêmica com as produções intelectuais e científicas no âmbito da pós-graduação. O autor destaca como

²⁰ Método desenvolvido na Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais, em Belo Horizonte, buscou construir uma metodologia de intervenção crítica à metodologia clássica de Caso, Grupo e Comunidade opondo-se também ao positivismo e fenomenologia até então vigentes.

importante a publicação da obra de Yamamoto e Carvalho (1993), em 1982, que fez, sob luz da crítica marxista, uma reflexão do Serviço Social como uma especialização do trabalho coletivo, os assistentes sociais como parte integrante da classe trabalhadora e o significado sócio histórico da profissão no contexto capitalista.

Trata-se de uma elaboração que exerceu ponderável influência no meio profissional, configurando a primeira incorporação exitosa, no debate brasileiro, da fonte “clássica” da tradição marxista para a compreensão profissional do Serviço Social. Ela foi fundamental para consolidação teórico-crítica do projeto de ruptura no Brasil. (BRAVO, 2013, p. 146)

Nesse mesmo contexto, outra marca histórica que destacou a consolidação da Intenção de Ruptura foi o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) em 1979, conhecido como “Congresso da Virada”. Representou a vinculação profissional ao movimento dos trabalhadores, o rompimento com a predominância do conservadorismo, a contestação a ordem burguesa e instaurou a pluralismo político da profissão.

Com a efervescência da mobilização política das entidades da categoria, o conjunto Conselho Federal e Regionais de Assistentes Sociais (CFAS/CRAS), depois denominado Conselho Federal de Serviço Social (CFESS/GRESS) e a Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS, posteriormente renomeada Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABPESS) assumiram direcionamentos favoráveis a luta anticapitalista, ao processo de ruptura e contribuíram para fortalecimento das discussões.

Como consequência, segundo Netto (2005), o terceiro momento foi marcado pela formação e direcionamento ético profissional, pela implantação do Currículo Mínimo nas Escolas de Serviço Social, em 1982, e no Código de Ética, de 1986. O primeiro fez uma revisão curricular do processo de formação profissional com uma preocupação em articular teoria e prática e a compreensão histórica da profissão, o segundo imprimiu o compromisso ético e político com a classe trabalhadora e com os movimentos e lutas sociais. Ambos, utilizaram as referências do projeto de ruptura na perspectiva da emancipação humana e recusa ao tradicionalismo profissional.

No âmbito da saúde, as/os assistentes sociais adeptas/os à intenção de ruptura, não conseguiram modificar o padrão da intervenção profissional desvinculado do conservadorismo e se mantiveram distantes das reflexões e aprofundamentos teóricos ocorridos no Serviço Social. Bravo (2011) remete três motivos para isso:

primeiro, pelo não envolvimento desses profissionais nas elaborações iniciais das estratégias de ações do Movimento Sanitário, segundo pela marginalização e não solicitação dos profissionais no processo de reelaboração do setor de saúde e terceiro, pelo protagonismo do médico na área da saúde e subalternidade das demais profissões, inclusive o Serviço Social, a subalternidade também se reafirmava pela condição majoritariamente feminina da profissão.

No bojo do fortalecimento do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) e da participação dos profissionais de Serviço Social nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva a partir de 1986, a profissão contribuiu para o debate sobre a organização da saúde no Brasil, mesmo que de forma incipiente, como afirma Bravo e Matos (2009). A luta pela Reforma Sanitária ocorreu no contexto mais geral da luta de classes no Brasil e só teve condições de ser efetivada no cenário de um Estado Democrático, com a culminação da Constituição Federal de 1988 (CF/88).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde apresentou-se como marco mais importante da trajetória histórica da política de saúde no país pois, produziu bases para formulação da CF/1988. Com a caracterização da política de saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado brasileiro, ocorreu no contexto de lutas e de movimentos sociais e de polarização das discussões sobre saúde, pois se defendia ainda, a privatização desses serviços.

A Seguridade Social inscrita na CF/88 representou um dos maiores avanços no que tange ao atendimento das reivindicações históricas das classes trabalhadoras, reafirmou a extensão do compromisso aos direitos sociais e as políticas sociais pelo princípio de universalização com a construção do Sistema Único de Saúde (Lei Orgânica de Saúde – LOS nº 8.008/1990 e 8.142/1990) e da assistência social (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS nº 8.742 /1993) como política pública, definiu fontes de financiamentos das políticas e da gestão democrática com a participação social (BRAVO, 2009).

Assim, no trânsito entre anos finais da década de 1980 e início da década de 1990 o projeto de ruptura vivenciou um processo de amadurecimento e revisões e a hegemonia do enfrentamento ao conservadorismo configurou a construção do projeto profissional (então vigente), denominado: Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Para Iamamoto (2009) esse projeto profissional foi fruto da qualificação teórica e política da profissão bem como da organização social da categoria no contexto do fim da ditadura militar e da consolidação do Estado Democrático de Direito com a

CF/88, já apontado. O Serviço Social buscou consolidar um novo direcionamento das ações profissionais a partir da defesa a cidadania e dos direitos sociais da classe trabalhadora na perspectiva da emancipação humana e política enquanto horizonte de construção social com a reafirmação teórico-metodológica na tradição marxista.

A partir de 1980, o serviço social passa a ser reconhecido pela sua inserção política e intervenção crítico pedagógica junto aos movimentos sociais, aos processos político-organizativos urbanos e rurais, pela formulação e execução de políticas sociais e como articulador do exercício de direitos, de conquistas e lutas sociais. (MOTA, 2017, p. 47)

Os novos rumos assumidos por esse projeto profissional, objetivaram um projeto societário direcionado pela perspectiva emancipatória que pressupõe a construção de uma nova ordem social, com a superação da exploração do homem pelo homem, da humilhação e opressão de etnia e gênero e da dominação de classe frente ao trabalho alienado da sociedade de classes.

A liberdade passa a ser considerada como valor ético central na perspectiva de possibilidade de escolha entre alternativas concretas, com respeito a autonomia dos indivíduos e seus direitos. Os direitos humanos são defendidos de forma intransigente ao passo que se fortalece o repúdio ao preconceito e ao arbítrio, como também o respeito ao pluralismo da sociedade e do exercício profissional.

O Projeto Ético-Político revelou uma postura política em favor da justiça social e da equidade na perspectiva da ampliação e consolidação da cidadania, com a universalização do acesso aos bens e serviços relativos as políticas sociais. Segundo Netto (2009), o projeto apresentou-se, e apresenta-se, como radicalmente democrático, com projeções sobre a socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida.

A perspectiva emancipatória que o novo projeto profissional assumiu, pressupõe a transformação social, que não é de responsabilidade da profissão, mas sim de uma classe social. Dessa maneira, considera a importância de uma emancipação política para o horizonte da emancipação humana. Vinagre (2013) aponta que a emancipação política se refere a possibilidade da satisfação das necessidades particulares das classes e dos grupos presentes na sociedade, e a emancipação humana como a plena realização da liberdade, autonomia dos indivíduos sociais, para isso, faz-se necessário a superação total das propriedades privadas e dos instrumentos de dominação social.

O redirecionamento teórico-metodológico com base nos valores ético-políticos remete ao campo democrático a construção de outro padrão de sociabilidade totalmente diferente da capitalista. Nesse sentido, Iamamoto (2009) considera que a nova orientação profissional indica um outro modo de operar o exercício profissional, na medida que se recusa o fortalecimento da lógica do capital pelo conservadorismo. Dessa maneira:

Demarca-se a noção de que a intervenção profissional não está solta e dissociada da realidade social; pelo contrário, é só a partir da leitura crítica dessa realidade (como espaço de contradição e conflitos) que o profissional terá condições de desenvolver qualquer metodologia, o que envolve a relação entre refletir/agir/refletir. (CARDOSO, 2016, p. 445)

Esse novo momento teórico-metodológico da profissão com a vinculação da teoria social de Marx apresenta a compreensão do homem enquanto ser social e da centralidade do trabalho com fundante desse ser. A Questão Social passa a ser entendida como objeto de intervenção profissional sendo imperativo a percepção do caráter histórico das relações antagônicas entre capital e trabalho na sociedade de classes, como lembra Cardoso (2016). Nessa lógica observa-se a teoria social de Marx como base fundante do pensamento crítico e contestador do Serviço Social a partir do olhar crítico sobre a sociedade capitalistas e de suas inflexões no cotidiano das relações sociais.

Netto (2001) analisa que o processo de renovação profissional exigiu uma atualização da formação acadêmica para investigação crítica da realidade social, a partir da visualização das expressões da Questão Social e de suas reconfigurações. Cabe destacar que, a reafirmação desse novo projeto profissional foi fortalecida pelas modificações no âmbito da formação profissional, ao considerar também, as novas exigências da contemporaneidade brasileira nos anos de 1990 de transformações no mundo do trabalho, de contrarreformas do Estado e do reordenamento das relações da sociedade civil (IAMAMOTO, 2015).

A revisão do Currículo Mínimo de 1982 com a aprovação da nova Proposta de Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social em 1996²¹, pela Associação

²¹ Deliberou sobre os encaminhamentos da revisão do Currículo Mínimo vigente desde 1982 (Parecer CFE nº 412, de 04.08.1982 e Resolução n.º 06 de 23/09/82) e aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE/MEC) em 2001.

Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), representou o amadurecimento intelectual no interior da profissão e uma ruptura como currículo anterior. Explicitou-se a exigência de um novo perfil profissional capaz de refletir criticamente sobre os fundamentos históricos, teóricos e metodológicos da profissão, bem como a compreensão do trabalho profissional como uma especialização do trabalho coletivo e partícipe de processos de trabalho que se configura conforme as exigências econômicas e sociopolíticas, como também uma visão crítica sobre a relação entre o Estado e a Sociedade no contexto capitalista. Assim, para nova perspectiva de formação profissional faz-se necessário:

Orientar o trabalho nos rumos aludidos requisita um perfil profissional culto, crítico e capaz de formular, recriar e avaliar propostas que apontem para a progressiva democratização das relações sociais. Exige-se, para tanto, compromisso ético-político com os valores democráticos e competência teórico-metodológica na teoria crítica em sua lógica de explicação da vida social.[...] requisita, também, um profissional versado no instrumental técnico operativo, capaz de potencializar as ações [...] estimuladora da participação dos sujeitos sociais nas decisões que lhes dizem respeito, na defesa do seus direitos e no acesso aos meios de exercê-los. (IAMAMOTO, 2009, p. 193)

A promulgação da Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/93, de 7 de junho de 1993), a construção do novo Código de Ética (Resolução CFESS nº 273/93, de 13 de março de 1993) bem como a elaboração das Diretrizes Gerais Curriculares para o Curso de Serviço Social de 1996, configuraram a afirmação explícita de um comprometimento ético e um direcionamento político desse projeto. Cardoso (2013, p. 204) lembra que “não é à toa que esse projeto passará a ser chamado de ético-político, expressando a relevância que essas duas dimensões têm para esse projeto profissional”.

Matos (2013) ao analisar cada palavra do termo Projeto Ético-Político do Serviço Social conclui que: Projeto refere-se à intencionalidade, projetar ações, visto que nenhuma ação projetada é neutra, remete a ideia de algo em construção, que não está acabado. Ético vem da palavra ética, que é o elemento que lida com os valores a serem assumidos pelos sujeitos, refere-se as escolhas que realizamos e tem uma intrínseca ligação com a política. E, Político que reforma a ideia de que nenhum projeto de profissão é neutro, demonstra que esse projeto de profissão está vinculado a um determinado projeto de sociedade.

Por isso, podemos compreender que o Projeto Ético-Político do serviço social, pela vinculação de valores, direcionamentos teórico-metodológicos e valores ético-políticos possui sua raiz com a ruptura ao conservadorismo histórico da profissão.

Esse projeto profissional concretiza-se por meio das ações cotidianas conduzidas por valores e direcionamentos éticos materializados no cotidiano profissional. Nesse sentido, Teixeira e Braz (2009) apontam três dimensões que, ao serem articuladas, dão materialidade e visibilidade social ao Projeto profissional: a) a produção de conhecimento no interior do Serviço Social; b) a instância político-organizativa da categoria; c) as instâncias jurídico-política da profissão.

A primeira dimensão refere-se à modalidade teórico-metodológica da profissão através da produção de conhecimento feita pelos próprios profissionais que apresentam as reflexões críticas do exercício profissional. Com tendências teórico-críticas do pensamento social negam os pressupostos filosóficos conservadores de manutenção da ordem.

A segunda dimensão apontada pelos autores trata da forma política como a profissão organiza-se, que envolve tanto os fóruns de deliberação como as entidades representativas da profissão. O conjunto de conselhos federal e regional (CFESS/CRESS), a Associação de Ensino e Pesquisa (ABEPSS), as demais associações político-profissionais e o movimento estudantil representado pelos Centros e Diretórios Acadêmicos de Ensino e pela Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO). Observa-se, dessa maneira, a abertura de um espaço democrático de construção coletiva da profissão, indica também, o fortalecimento do pluralismo de ideias dentro da categoria.

A terceira dimensão refere-se ao arcabouço legal e institucional da profissão. Um conjunto de leis, resoluções, documentos e textos políticos reconhecidos no seio profissional, identificada por Teixeira e Braz (2009) em duas dimensões: a estritamente profissional, representado pelo Código de Ética profissional de 1993, pela Lei de regulamentação nº 8662/93 e pelas Novas Diretrizes Curriculares referendados pela ABEPSS em 1996. E a segunda de caráter mais abrangente, o capítulo da Ordem Social da Constituição Federal de 1988, como também as Leis Orgânicas de Saúde, Assistência Social, por exemplo, que embora não exclusiva da profissão, regulamentam as políticas sociais que fazem parte do cotidiano profissional.

A articulação dessas três dimensões organizativa, acadêmica e legal sustenta bases para um exercício profissional e dá corpo ao Projeto Ético-Político do Serviço

Social. Esse projeto profissional apresenta-se como um guia efetivo para condução das ações profissionais e as/os assistentes sociais são desafiados a materializá-los tendo em vista seu fortalecimento e hegemonia.

A direção de ruptura com o conservadorismo com essa concepção profissional gestou, conseqüentemente, uma nova identidade profissional, com valores e princípios bem claros. O fortalecimento e hegemonia desse Projeto Ético-Político é uma clara expressão da existência de projetos profissionais diferentes como também de identidades profissionais que irão refletir nas ações profissionais.

Assim, Netto (2009) analisa que os projetos profissionais constituem um universo heterogêneo, um espaço plural de unidades diversas e consolida um campo de tensões e lutas que exprime divergências e contradições. Embora um projeto profissional conquiste hegemonia ele nunca apresentará como exclusivo, pois, o pluralismo é um elemento genuíno da vida social e da própria profissão.

Para que um projeto profissional se afirme na sociedade é necessário que ele tenha em sua base um corpo profissional fortemente organizado, principalmente com clareza sobre os valores éticos que o legitimam, o conhecimento teórico que o baliza a metodologia de ação, suas normas e a função social da profissão.

Para fortalecer essa percepção, Vasconcelos (2013) confere que a busca pela ruptura com o fazer profissional tradicional só se efetiva com uma articulação sistemática e de qualidade entre academia e meio profissional. A autora fortalece a ideia de que é apenas com a maturidade da análise da unidade teoria e prática, que o projeto profissional é sustentado e legitimado.

Assim, é nesse contexto de modificação das bases teórico-metodológicas e ético-políticas, de afastamento e ruptura com o conservadorismo que o Serviço Social se aproxima dos temas feministas e do combate à desigualdade de gênero, bem como dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, e conseqüentemente da defesa a temática do aborto. Tal aproximação é resultado da vinculação profissional com a matriz teórica do marxismo, por apreender no seu contexto profissional os conceitos de liberdade, justiça social, autonomia, democracia e defesa intransigente dos direitos humanos.

Paneghini (2018) nos alerta que não foi apenas através do marxismo apreendido no âmbito acadêmico que possibilitou uma visão mais crítica da sociedade pelos profissionais, mas também peça aproximação dos profissionais em relação a

população usuária dos serviços e aos movimentos sociais, dentre eles o feminista, que tem lutas direcionadas contra todas as formas de opressão e dominação.

As assistentes sociais se aproximaram das demandas do feminismo a partir das necessidades concretas das mulheres trabalhadoras, que as levavam a reivindicar melhores condições de vida em seus bairros, sindicatos, universidades e empregos. Portanto, o Serviço Social entrou em contato com a luta feminista por meio, sobretudo, dos encontros das mulheres trabalhadoras contra a carestia da vida e por melhorias de sua comunidade (PANEGHINI, 2018, p. 256)

O próprio Código de Ética profissional de 1986 e o de 1993, como padrão ideológico da profissão, orienta as profissionais que seu exercício profissional deve reconhecer a liberdade, a autonomia e a emancipação dos indivíduos sociais, através de uma defesa intransigente dos direitos humanos no empenho da luta pela eliminação de qualquer forma de discriminação ao mesmo tempo que incentiva o respeito a diversidade social, com buscas a construção de uma nova ordem social sem exploração de classe, gênero ou etnia (CFESS, 2012).

O Código de Ética também estimula uma articulação com os movimentos sociais que tenham afinidade com os princípios do código, e isso indica também, um dos motivos para a aproximação da categoria profissional com os movimentos feministas em prol da defesa dos direitos das mulheres. Em resumo, a categoria profissional ao aproximar-se dos movimentos feministas reafirmam condução ética e a condição política da profissão (CFESS, 2012).

Nesse sentido, ao visualizar que o Projeto Ético-Político é recente na história da profissão e por apresenta-se como um processo em desenvolvimento, percebemos que a aproximação do Serviço Social com a temática do aborto também é, e, manifesta-se de modo lento e gradativo na esfera do debate da profissão.

A vinculação da profissão com o projeto societário emancipatório deu condições para a profissão encampar lutas dos diversos segmentos dos movimentos sociais e como forma de contribuir com a ampliação dos direitos da população que usufrui das ações profissionais dos assistentes sociais. O debate sobre o aborto no Serviço Social iniciou em 2009 e tem sido fortalecido nos diversos espaços da categoria profissional, em especial, nos espaços de deliberações coletivas representados pelos Encontros Nacionais do Conjunto CFESS/CRESS.

Há exatos 10 anos, a temática do aborto apareceu publicizado pela primeira vez em um artigo publicado pela Revista Inscrita nº 11, organizada e coordenada pelo

CFESS. “A polêmica sobre o aborto” foi analisada pela ótica do movimento feminista que reconhece o aborto como um direito, a mulher como sujeito livre e autônomo para decidir sobre seu próprio corpo e a realidade de sua ilegalidade como fator de risco a saúde das mulheres.

Defendemos o direito à livre decisão da mulher, como ser autônomo e capaz de agir e tomar decisões éticas, sobre a interrupção de uma gravidez. Defendemos o Estado democrático e laico, pois o que é pecado para alguns não pode tolher o direito de todas nós e ignorar nossa condição de sujeito ético, autonomia e livre (FERREIRA, 2009a, p. 55)

No mesmo ano, 2009, o posicionamento favorável ao debate sobre o aborto ocorreu no 38º Encontro Nacional CFESS/CRESS realizado em Campo Grande-MT. Como forma de oferecer subsídios para tomada de decisão do Conjunto representativo, ocorreu um mesa de debate intitulada “O trabalho do assistente social e a questão do aborto” que teve como palestrantes o então deputado estadual Pedro Kemp (PT-MS) e as assistentes sociais Francisca Chaves (profissional do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – PE) e Verônica Ferreira (pesquisadora do SOS corpo- Instituto Feminista para a Democracia).

A primeira fala, de Pedro Kemp, explicitou a realidade do aborto inseguro e considerou as complexidades que envolvem a questão como uma situação que não dá mais para considerar inexistente, visto que grande parte das mulheres que tem complicações por abortamento inseguro ou mesmo o óbito, fazem parte das camadas sociais desassistidas e pobres. Assim:

A questão do aborto é polêmica e o debate envolve aspectos filosóficos, éticos e até mesmo religiosos. Num Estado laico, queria reforçar isso, é preciso que garantamos a possibilidade de que as pessoas que pensem diferentemente possam debater a partir das suas convicções e argumentos. O Estado laico não deve existir para assumir nem uma posição nem outra, mas para garantir que as pessoas possam debater a partir das suas concepções. Portanto, como essa é uma questão polêmica, o aborto nunca poderá ser inteiramente abolido, logo, sempre existirão gestações indesejadas e, conseqüentemente, gestações arriscadas ou inviáveis. (KEMP, 2009, p. 80)

Francisca Chaves contribuiu com o debate a partir do olhar sobre um serviço especializado as vítimas de violência sexual, em Recife, Pernambuco. Na qual apresenta o Serviço Social como uma profissão que é a “porta de entrada para o

acolhimento”. Demonstra o exercício profissional desenvolvido nesse serviço em que a/o assistente social tem o Aborto como demanda profissional (CHAVES, 2009, p. 86).

E para finalizar, Verônica Ferreira destaca como momento importante, pois a realização daquele debate marca o encontro entre a agenda da profissão com a agenda do movimento feminista. Denuncia como o conservadorismo da cultura política brasileira interfere no debate democrático sobre a autonomia e liberdade das mulheres e alerta:

Acreditamos, portanto, que a rearticulação do pensamento conservador é uma resposta a conquistas importantes que tivemos em relação à nossa sexualidade. No que diz respeito aos direitos reprodutivos das mulheres, por exemplo, os segmentos conservadores experimentaram uma grande derrota no âmbito das Nações Unidas, na ocasião das Conferências do Cairo e de Beijing - a IV Conferência Mundial da Mulher, em 1995. Conseguimos ali estabelecer uma série de conquistas em termos do que chamamos “direitos reprodutivos”, que são o direito de todas as mulheres e de todas as pessoas de exercerem a sua reprodução, de acordo com a sua autonomia e liberdade. (FERREIRA, 2009b, p. 97)

Na ocasião desse evento, através de uma moção à entidade representativa CFESS/CRESS manifestou apoio contra a criminalização as mulheres que praticavam o aborto, proposta pela Frente Nacional pelo Fim da Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto. Aponta que milhares de mulheres são perseguidas, humilhadas e condenadas por realizarem a interrupção da gestação. Cita que a criminalidade do aborto direciona as mulheres a práticas clandestinas e que contribui para o agravamento da questão como um problema de saúde pública. Orienta sobre a necessidade de uma política integral de saúde sexual e reprodutiva que contemple condições para uma prática sexual segura, bem como a necessidade de o Estado prover e assegurar o atendimento ao aborto e legal e seguro no sistema público de saúde. A moção é finalizada com o reconhecimento da necessidade de fortalecimento da democracia e do princípio constitucional do Estado Laico, que deve oferecer serviços de saúde sem influências religiosas, apenas com base no critério da universalidade do atendimento à saúde e reafirma que nenhuma mulher deve ser presa, criminalizada ou maltratada por fazer aborto (CFESS, 2009a).

Ainda no ano de 2009, como forma de fortalecer o Dia Latino-Americano e Caribenho de Luta pela Descriminalização e Legalização do Aborto, o CFESS

*Manifesta*²² de 28 de setembro discorre sobre a “Descriminalização e Legalização do Aborto” ao fazer um panorama sobre a questão, colocando-a como questão de saúde pública e direitos das mulheres. Apresenta reflexões e problematizações em relação: a descriminalização do aborto, ao reconhecer que a mulher que realiza a interrupção da gestação nas situações que não estão previstas em lei não deve ser criminalizada; a legalização do aborto com o estabelecimento de prazo limite para interrupção da gestação bem como fortalecer a materialização da regulamentação do Ministério da Saúde sobre os serviços de aborto Legal; reforça a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde para a garantia do aborto previsto em lei e ampliação da divulgação da Norma Técnica de “Atenção Humanizada ao Abortamento” (CFESS, 2009b).

Assim, a Entidade Representativa do Serviço social, através do *CFESS Manifesta* publiciza mais uma vez sobre o compromisso ético-político da profissão em defesa aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, bem como, o apoio ao movimento feminista e de mulheres que lutam pela descriminalização e legalização do aborto no Brasil. E convida as/os assistentes sociais a somar nessa luta (CFESS, 2009b).

Braga, Mesquita e Matos (2013) apontam que em todos os debates sobre o aborto promovidos pelo CFESS houveram posicionamentos contrários, no entanto, admitem que tais posicionamentos, contrários a legalização estavam distantes dos fundamentalismos religiosos. Embora a plenária final do Encontro Nacional do Conjunto CFESS/CRESS de 2009 tenha deliberado sobre o reconhecimento da maturidade profissional para assumir a bandeira da descriminalização do aborto como luta, ressaltou a necessidade de maiores debates sobre o tema pela categoria profissional.

O ano de 2010 também apresentou fortes debates da categoria profissional em torno da temática. No 39º Encontro Nacional do Conjunto CFESS/CRESS, realizado em Florianópolis-SC foi reafirmada a posição contrária a criminalização do Aborto, e, após intensos e profundos debates o posicionamento do CFESS e de todos os CRESS do país, presentes na plenária foi de apoio a legalização do aborto no Brasil. O encontro deliberou coletivamente em sua plenária final, a divulgação do

²² Espaço utilizado pela entidade representativa para exposição dos principais posicionamentos políticos do conjunto CFESS/CRESS. O documento expressa orientações e esclarecimentos sobre as temáticas defendidas.

posicionamento favorável à descriminalização do aborto e a difusão da norma técnica do Ministério da Saúde sobre o aborto legal e seguro como um direito reprodutivo. Foi decidido também publicizar a interpretação da defesa ao aborto legal como questão de saúde pública e como direito das mulheres. E, também:

Proposta 14: Realizar estudos sobre os PLs que tramitam no Congresso Nacional, manifestando posição favorável aos que descriminalizam o aborto e contrária aos demais, mobilizando o conjunto CFESS/CRESS com os movimentos feministas para: 1) realizar audiências públicas e debates com os diversos setores acerca da temática, denunciando a questão da mortalidade feminina em virtude da ausência de política de saúde voltada para o atendimento à mulher que realiza o aborto inseguro; 2) fazer gestão junto aos gestores públicos para garantia da implantação e implementação do atendimento em hospitais, em especial da rede SUS, para atendimento referente ao aborto previsto em lei; 3) compor/ fortalecer comitês em defesa da descriminalização e legalização do aborto, colaborando na interlocução do debate público entre os movimentos sociais e feministas a respeito da temática com os setores governamentais responsáveis pela execução de políticas públicas voltadas para as mulheres, enfatizando a questão da saúde das mulheres negras e indígenas e o alto índice de mortalidade destas por falta de atendimento e de atendimento de qualidade no SUS. Responsabilidade: CFESS/ CRESS (CFESS, 2010b, p. 134)

No ano de 2011, com a perspectiva do fortalecimento do movimento feminista brasileiro, o CFESS passa a integrar a Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto. Nesse mesmo ano o *CFESS Manifesta* foi lançado com apoio a legalização do aborto, e, endossou os compromissos decididos coletivamente no encontro dos anos anteriores. Em 2012, integra o Grupo de Estudos sobre o Aborto (GEA), que é composto por várias entidades da área da saúde e dos direitos humanos.

Braga, Mesquita e Matos (2013) apontam que o CFESS não foi o único conselho profissional com posição contrária à criminalização do aborto, e, destaca o Conselho Federal de Psicologia (CFP), que questiona a criminalização e tem uma moção pela legalização do aborto no Brasil, aprovada em seu 7º Congresso Nacional de Psicologia, em 2010, e reafirmada em 2013. O Conselho Federal e os Regionais de Medicina (CFM e CRMs) em seu 1º Encontro Nacional de Conselhos se posicionam favoráveis a interrupção da gestação até a 12ª semana de gestação.

Destacamos também como importante para a defesa do aborto no Brasil pela categoria médica a Resolução nº 1.989/2012, que dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para antecipação terapêutica do parto, como forma de atender a

constitucionalidade do aborto de feto anencefálicos da ADPF – 54 do Supremo Tribunal Federal.

Observamos o posicionamento favorável das três profissões como um avanço no debate sobre o aborto no Brasil, visto que a Psicologia, a Medicina e o Serviço Social são profissões da área da saúde e integrantes dos serviços que tem em seu cotidiano profissional o aborto como uma demanda profissional. Tais posicionamentos podem, de certa forma, contribuir com a promoção de atendimento humanizado nos serviços de saúde ao passo que os profissionais reconhecerem a questão como pauta de luta das profissões.

No ano de 2015, a entidade representativa manifestou uma nota em repúdio ao projeto de Lei nº 5069/2013, de autoria de Eduardo Cunha, que prevê sobre a criminalização do anúncio de métodos abortivos e auxílio ao aborto por profissionais de saúde. Tal proposta significa o retrocesso da luta dos movimentos sociais em prol do direito ao aborto e se apresenta como um inviabilizador para garantia do acesso ao direito ao aborto nas situações legais.

Por representarmos uma categoria integrante das equipes multiprofissionais que realizam atendimento de mulheres que desejam interromper a gravidez conforme as prerrogativas legais, e por defendermos princípios éticos e democráticos construídos de forma coletiva pela categoria de assistentes sociais nos últimos 30 anos, reiteramos nosso repúdio ao PL 5.069/2013. Defendemos não só o aparato legal existente, mas acreditamos que a descriminalização e legalização do aborto significam direitos humanos de muitas mulheres e que, atualmente, são desrespeitados. (CFESS, 2015, p. 2)

Em 2016, outro *CFESS Manifesta* foi lançado em apoio ao Dia Latino-Americano e Caribenho da Luta pela Descriminalização e Legalização do Aborto, nessa ocasião, tece considerações sobre o aborto e o trabalho dos assistentes sociais. Consideramos que, de todos os documentos elaborados pelo CFESS, este em especial, apresenta de forma mais aprofundada as discussões que envolvem o aborto. O documento apresenta a influência do patriarcado na interpretação sobre a obrigatoriedade da maternidade como reflexo de uma dominação sobre os corpos femininos, e, nas configurações nos processos de exploração da vida das mulheres e sua articulação de superioridade masculina na sociedade capitalista (CFESS, 2016).

Argumenta sobre o slogan feminista “nosso corpo nos pertence”, como uma alerta a questão da autonomia das mulheres e a decisão sobre o próprio corpo como uma vivência da sexualidade. Reforça a questão da saúde pública, ao apresentar

dados sobre a realidade do aborto inseguro no Brasil, bem como a necessidade dos diálogos profissionais no campo da saúde sobre os direitos sexuais e reprodutivos, e, o planejamento familiar como temas interligados. (CFESS, 2016).

Faz uma crítica ao fundamentalismo religioso presente no âmbito legislativo brasileiro e alerta a influência, e, incentivo da religião, além do conservadorismo nos projetos de lei que propõe dificultar o acesso ao aborto legal, que se apresentam como uma barreira para o processo de descriminalização do aborto em outras situações. No âmbito da atuação profissional reconhecem a existência de ações profissionais que negam os direitos às mulheres a informações, e destacam o fortalecimento do Serviço Social tradicional ao passo que se consolida ações profissionais conservadoras, diante da decisão das mulheres sobre o aborto.

A postura profissional que se espera de assistentes sociais em seu cotidiano de trabalho, seja na saúde – principal espaço de interligação com a problemática do aborto – seja na assistência e nos serviços especializados de atendimento às vítimas de violência, é de um compromisso ético e político com os princípios democráticos que norteiam nossa profissão, e que devem ser sobrepostos aos desvalores do individualismo e do moralismo. É necessário, termos uma postura crítica frente à intolerância religiosa, ao irracionalismo e à falta de laicidade do Estado; assim, um/a profissional comprometido/a com a defesa dos direitos das mulheres, dos distintos sujeitos políticos e suas lutas históricas. (CFESS, 2016, p. 3)

O documento reafirma o compromisso da profissão com as lutas políticas sobre o aborto e sua articulação com os movimentos sociais, que lutam em prol da legalização do aborto, e, apresenta essa questão como parte integrante de sua luta pela democratização da sociedade.

Em 2017, o *CFESS Manifesta* lança na série Conjuntura e Impacto no Trabalho Profissional um manifesto que discute, pela primeira vez, sobre os assistentes sociais nos serviços de abortamento e instiga as profissionais a conhecerem a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao abortamento. Leva para o debate dados da Pesquisa Nacional de Aborto de 2016, bem como dados sobre a violência sexual. Esclarece sobre as convenções e conferências internacionais, no qual o Brasil é signatário em relação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, e, orienta sobre os direitos que os profissionais têm sobre o procedimento de interrupção da gestação.

O conhecimento e difusão da referida norma técnica é um instrumento para o acesso à saúde de um grande contingente de mulheres, que se constitui como população atendida pelo Serviço Social. Portanto, assistentes sociais que trabalham nas mais diversas políticas públicas devem romper essas

barreiras, considerando que é seu dever ético democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional e 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 do Código de Ética Profissional. (CFESS, 2017, p. 2)

O manifesto finaliza e reafirma o posicionamento contrário a criminalização do aborto, como forma de luta e eliminação de todas as formas de preconceito e o posicionamento favorável na perspectiva da justiça social, além da equidade no acesso aos bens e serviços produzidos socialmente. Assim, orienta que os assistentes sociais, enquanto profissionais de saúde devem primar pela qualidade dos serviços que oferecem, dessa maneira, afirmam “Educação sexual para prevenir, contraceptivos para não engravidar, aborto legal e seguro para não morrer!”, (CFESS, 2017, p. 2).

Desde a deliberação coletiva sobre a inclusão do aborto como pauta de luta da profissão, em 2009, constatamos que em todos os Encontros Nacionais até o ano 2018, o compromisso com a defesa ao aborto é reforçado e fortalecido. Todos os debates foram feitos no eixo Ética e Direitos Humanos, e no ano de 2018 apresenta como uma deliberação prioritária para o ano de 2019, que responsabiliza os CRESS por difundir a Norma Técnicas de Atenção Humanizada ao Abortamento e Prevenção e Tratamento aos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra mulheres e adolescentes no Ministério da Saúde.

O Conselho da profissão no ano de 2019, divulga a atualização da Cartilha sobre *As Bandeiras de Luta do Conjunto CFESS/CRESS*, um documento elaborado coletivamente que condensa as pautas políticas da profissão construídas coletivamente ao longo dos últimos anos. Aprovado no 44º Encontro (2014) e atualizado no 47º Encontro Nacional do Conjunto CFESS/CRESS (2017), realizado em Porto Alegre-RS, consiste em resultado dos debates coletivos ocorrido nas plenárias deliberativas que ocorrem anualmente conforme previsto pela Lei de Regulamentação da Profissão nº 8.662/93.

O documento foi elaborado com a proposta de ser um mecanismo de diálogo com a categoria profissional e com a sociedade, na qual se expõe as lutas e ações históricas da profissão, bem como os princípios éticos e políticos das entidades representativas da profissão. Estruturado em três eixos, o documento expõe sobre a defesa da profissão, da seguridade social e dos direitos humanos. Neste último eixo,

sobre o aborto reafirma a “Defesa da descriminalização e legalização do aborto, considerado questão de saúde pública, direito sexual e reprodutivo das mulheres, com atendimento a ser ofertado pelo SUS e demais políticas” (CFESS, 2018, p. 9)

Nesse mesmo ano, o CFESS apresenta um alerta e posiciona-se contrário à Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 29/2015, de autoria do ex-senador Magno Malta, que tramita no Senado federal. Tal proposta sugere alteração do art. 5º da Constituição Federal, para explicitar que “o direito à vida é inviolável desde a concepção”. O conselho profissional reconhece que a proposta, se aprovada, pode ser trazer inúmeros impactos aos direitos sexuais e reprodutivos, e, principalmente sobre a regulamentação das situações em que o aborto é permitido do Brasil. Assim, faz-se um convite as profissionais da categoria para mobilização contra essa proposta.

Foi possível visualizar que o percurso histórico da defesa do direito ao aborto pelo Serviço Social foi protagonizado pelas entidades representativas, através de seus mecanismos de explicitação do posicionamento político da profissão. A lei de regulamentação da profissão exige que para o exercício profissional, é necessário o registro nos Conselhos Regionais com jurisdição sobre a área de atuação. Reconhece também os conselhos federal e regionais com personalidade jurídica que tem o objetivo básico de disciplinar e defender a profissão em todo território nacional. Assim, é de responsabilidade do Conselho Federal:

- I - orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício da profissão de Assistente Social, em conjunto com o CRESS;
- II - assessorar os CRESS sempre que se fizer necessário;
- III - aprovar os Regimentos Internos dos CRESS no fórum máximo de deliberação do conjunto CFESS/CRESS;
- IV - aprovar o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais juntamente com os CRESS, no fórum máximo de deliberação do conjunto CFESS/CRESS;
- V - funcionar como Tribunal Superior de Ética Profissional;
- VI - julgar, em última instância, os recursos contra as sanções impostas pelos CRESS;
- VII - estabelecer os sistemas de registro dos profissionais habilitados;
- VIII - prestar assessoria técnico-consultiva aos organismos públicos ou privados, em matéria de Serviço Social. (BRASIL, 1993, p. 2)

Segundo Santos (2016) aponta que o conjunto CFESS/CRESS busca promover o debate do aborto juntos as diretorias dos conselhos, tanto Federal como os Regionais, e categoria de assistentes sociais com alicerces nos fundamentos teórico-ético-político condizentes com a renovação e maturidade intelectual da profissão. Assim, destaca como núcleos definidores para o debate em questão:

historicismo, humanismo e razão dialética, como forma de evitar senso comum e deturpações no tratamento da temática.

Historicismo por considerar o caráter ontológico da realidade que convida a apreensão concreta de toda complexidade das condições de vida e de trabalho das mulheres que decidem por interromper a gestação, bem como o contexto social e cultural no país. O humanismo por possibilitar situar os problemas e os desafios das mulheres diante de uma situação de gravidez indesejada, submetidas a uma ordem patriarcal imposta e naturalizada pelo machismo, pela misoginia, pela obrigatoriedade da maternidade, violência e estigmatização e invisibilidade social. A posse da razão dialética possibilita a análise e reflexão sobre o aborto, superação da visão idealizadora do cotidiano das mulheres, como se de forma mágica pudessem alterar as condições objetivas desfavoráveis a maternidade. (SANTOS, 2016).

Em resumo, o Serviço Social, através dos debates promovido nos espaços deliberativos, consideram o aborto como uma questão de saúde pública, ao reconhecer o aborto inseguro como causa direta da mortalidade materna que pode ser evitável. “O aborto é uma questão de saúde pública, porque as mulheres que abortam precisam de atenção especializada, para não adoecerem, precisam de autonomia para decidir sobre a maternidade” (SANTOS, 2016, p. 104), principalmente pela gravidez indesejada como resultado de violência sexual como uma realidade das mulheres brasileiras.

A relevância desse tema para o Serviço Social se assenta na opção teórico-metodológica e ético-política que define o atual Projeto Profissional Ético-Político. Que defende a laicidade do Estado, por entender que a religião não deve ditar as normas e as regras das políticas públicas, pelo compromisso com a liberdade como um valor ético central e a defesa intransigente dos direitos humanos que sinaliza o caminho denso contra o conservadorismo, o pragmatismo e o autoritarismo. O debate sinalizado pela profissão ainda reconhece que a criminalização das mulheres que interrompem a gestação transforma o aborto numa questão de polícia e expressa de forma direta a violação dos direitos humanos. (SANTOS, 2016).

É fundamental questionar: que país é este? Que mulher é esta que aborta? Ela engravidou sozinha? Existe machismo, violência, solidão em sua vida? Como o Estado responde as necessidades da população e como atua na política de saúde? Será mesmo se a mulher deve ser criminalizada? (SANTOS, 2016, p. 105)

As/os assistentes sociais lidam em seu exercício profissional com a realidade do aborto, principalmente nos serviços de saúde, no atendimento as mulheres em situação de abortamento espontâneo, ou não, nas consequências da interrupção da gestação insegura ou de violência sexual, nos serviços de aborto legal, por isso, justifica-se a necessidade do debate sobre o aborto.

É necessário reconhecer que o posicionamento do CFESS/CRESS se torna ético e politicamente relevante, visto que foi construído de forma democrática nos espaços de decisão política da profissão e articula sua agenda profissional com a do movimento feminista.

Embora o debate do aborto esteja presente nos órgãos de defesa da categoria, a defesa ao aborto ainda não está necessariamente presente na totalidade da categoria profissional. Carloto e Damião (2018) realizaram uma pesquisa em 2017, junto a assistentes sociais através de questionários e verificaram que das cem entrevistadas, 46% afirmaram que a discussão do aborto não esteve presente em sua formação profissional, 28% afirmaram que a discussão esteve presente apenas parcialmente, 10% não recordaram. 15% das profissionais afirmaram ter acesso ao debate sobre direitos sexuais e reprodutivos no âmbito da formação profissional.

Segundo as entrevistadas, o debate sobre o aborto é levado na categoria profissional apenas por grupos pequenos que tem uma perspectiva feminista e/ou já estão inseridos na luta pela legalização do aborto. Os relatos apontam para ausência desse debate de forma coletiva entre as assistentes sociais. (CARLOTO e DAMIÃO, 2018, p. 321)

O estudo das autoras ainda aponta que embora o posicionamento do CFESS seja reconhecido pelas profissionais, a maior parte declarou não ter lido nenhum documento que justifique o posicionamento favorável. Tal pesquisa demonstra que mesmo com as manifestações do conselho profissional, e do posicionamento oficial sobre o aborto, não podemos afirmar que, o exercício profissional das profissionais no cotidiano, sejam conduzidas por essa orientação profissional.

Na perspectiva da não possibilidade de afirmar o conhecimento da totalidade de profissionais de Serviço Social, sobre o posicionamento do Conjunto CFESS/CRESS ser favorável a defesa aborto, que essa pesquisa vislumbrou desvendar no exercício profissional de assistentes sociais na realidade de um serviço especializado no atendimento a vítimas de violência sexual, com vistas em contribuir com a produção científica e acadêmica da profissão sobre o tema reconhecemos a

fragilidade do aprofundamento teórico da temática na profissão, visto que, é um conteúdo que não se apresenta de forma significativa nos espaços de formação profissional.

Embora consideremos um avanço a inserção do debate sobre o aborto nos espaços deliberativos da categoria profissional destacamos como necessário o fortalecimento dessa discussão através de seminários direcionados a questão ou mesmo de capacitações promovidas pelo próprio conselho, para que possamos atingir o objetivo da publicização do posicionamento da profissão diante da temática do aborto e da apropriação das profissionais sobre o debate com vistas num exercício profissional que fortaleça o Projeto Ético-Político da profissão.

Reafirmar a defesa ao aborto no Brasil é essencial para garantia dos direitos já conquistados, enquanto um direito humano, sexual e reprodutivo das mulheres. A negação desses direitos é violação e se manifesta também como uma violência às mulheres brasileiras. A defesa dos direitos sociais, em especial dos direitos à saúde da mulher permanece com uma luta presente no âmbito do Serviço Social.

3. ABORTO LEGAL: avanço ou recuo ao direito?

O debate sobre o aborto é, sem dúvida, uma questão polêmica na qual se manifesta uma diversidade de opiniões. É uma temática que envolve muitos aspectos, sejam eles: sociais, morais, políticos, econômicos, demográficos, médicos, éticos, jurídicos ou religiosos.

Embora o aborto esteja associado a tabus, pecado, imoralidade e preconceitos, sua prática tem sido realizada ao longo dos séculos, mesmo em casos em que é caracterizado como crime. Na condição de fato concreto no meio social, sua interpretação revela a oscilação de posicionamentos, contrários e concordantes sobre o ato de abortar, (VERARDO, 1987).

As discussões polarizantes sobre aborto são antigas. No século XXI é necessário que esse debate avance, ultrapasse os preceitos religiosos, morais ou imorais e passe a considerar os determinantes sociais e legais que conduzem a sua realização, as condições de saúde (emocional, física e psicológica das mulheres que optam por praticá-lo), de acesso a informações sobre métodos contraceptivos e serviços que viabilizem direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres.

3.1 Elementos Conceituais sobre o Aborto

Conforme De Barchifontaine; Pessine (1991) o termo aborto provém do latim *abortus*, onde *ab* significa privação e *ortus* nascimento, que etimologicamente quer dizer interrupção da gravidez com, ou sem expulsão do feto. As definições sobre o aborto partem da interpretação de duas principais áreas de conhecimento: o direito e a medicina.

Juridicamente, com base em Capez (2013, p. 144), Deltalmo (2000) e Teles (2006) a compreensão sobre o aborto refere-se à eliminação da vida intrauterina com a interrupção do processo de gravidez ou do ser humano em formação. O termo expressa a morte do feto, independente do estágio gestacional a qual ele pertence e “a lei não faz distinção entre óvulo fecundado (3 primeiras semanas de gestação), embrião (3 primeiros meses) ou feto (a partir de 3 meses) ”.

De acordo com a ciência médica, o aborto é definido como espontâneo ou induzido, ocasionando o término da gravidez antes de completar 20 semanas. Nesse sentido, Bartilotti (2006) acrescenta e compreende o aborto como:

A expulsão ou a extração de toda e qualquer parte da placenta ou das membranas, sem um feto identificável, o recém-nascido vivo ou morto que pese menos de quinhentas gramas. Na ausência do conhecimento do peso, uma estimativa da duração da gestação de pelo menos vinte semanas completas, contando desde o primeiro dia do último período de menstrual normal, pode ser utilizada. (BARTILOTTI, 2006, p. 99)

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005, p. 25) conceitua o aborto como a “morte ou expulsão do feto espontânea ou induzida antes da 22ª semana de gestação”. Os termos abortamento e aborto são empregados para referenciar o processo e interrupção da gravidez. Para Prado (1985):

Abortamento é o termo correto, empregado nos meios médicos. Aborto é uma corruptela da palavra, de uso corrente, e a definição obstétrica do abortamento é: a perda de uma gravidez antes que o embrião e posterior feto (até à 8ª semana diz-se embrião, a partir da 9ª semana, feto) seja potencialmente capaz de vida independente da mãe. (PRADO, 1985, p. 11)

A OMS (2005) conceitua doze diferentes formas para ocorrência da interrupção da gravidez: aborto, aborto espontâneo, ameaça de aborto, aborto inevitável, aborto completo, aborto incompleto, aborto induzido, aborto legal, aborto ilegal, aborto séptico, aborto retido e aborto habitual. No entanto, nossa análise parte da premissa de apenas duas: o aborto espontâneo e o aborto provocado ou induzido, sendo o segundo analisado em sua complexidade pelas situações de legalidade, ilegalidade, segurança e insegurança da realização do procedimento.

Giugliani et al. (2019) aponta que a análise desses conceitos é importante para prática cotidiana dos serviços de saúde inclusive pelos níveis de atenção (básica, média e alta complexidade). Há uma grande diferença no acesso, nos cuidados e no atendimento recebido pelas mulheres que buscam os serviços de saúde nesses distintos processos de abortamento.

O aborto espontâneo acontece de forma natural, sem ocorrência de interferências externas, meios médicos ou mecânicos. Verardo (1987) e Matielo (1994) analisam que esse tipo de interrupção da gravidez ocorre por diversas causas: pelas fragilidades ou doenças no organismo da mulher ou por problemas do desenvolvimento do nascituro. Nessa perspectiva, ocorre sem interferência da vontade da gestante ou de outras pessoas, não podendo ser considerado crime.

De maneira oposta, o aborto provocado ou induzido, decorre de forma intencional, com o objetivo de interromper a gravidez através da ocorrência de

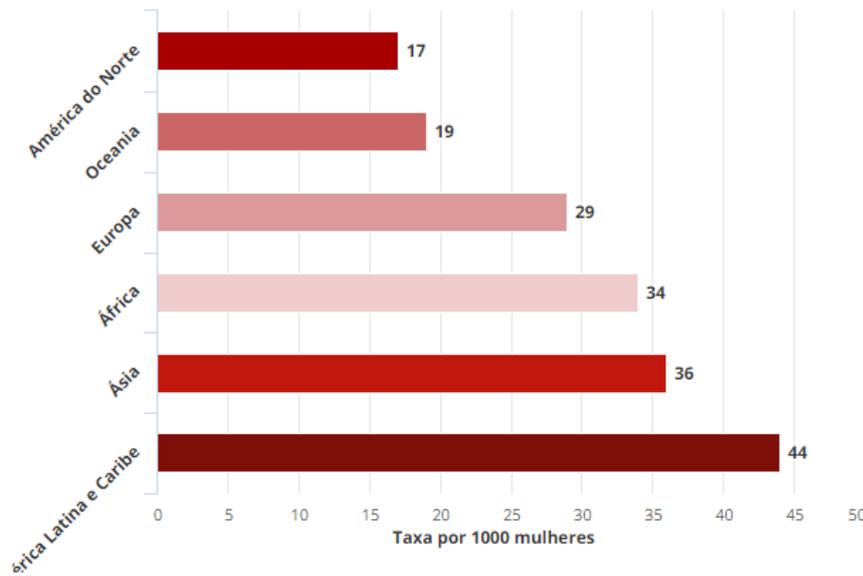
interferências externas. A OMS (2005, p. 25) o conceitua como “resultado de interferência médica, cirúrgica ou do uso de preparações de ervas ou outras práticas tradicionais que provocam a expulsão total ou parcial dos conteúdos do útero”. Pode ser realizado pela própria mulher ou por outra pessoa, especializada ou não, sendo considerado crime em diferentes situações dependendo da organização legal de cada país.

Por diversas perspectivas, essa forma de interrupção da gravidez é alvo de constantes debates em todo o mundo por existir diferentes situações para que ocorra. Gestações que proporcionam problemas à saúde da mulher, complicações no desenvolvimento do feto por doenças ou má formação, por ser resultado de violência sexual ou pelo não desejo da mulher são as motivações mais comuns para indução da interrupção da gestação.

Nas últimas décadas a situação do aborto induzido mudou de forma significativa em todo o mundo. Um relatório publicado pelo Instituto Guttmacher, organização dos Estados Unidos, em parceria com a Universidade de Columbia e da Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF) sobre a incidência global e regional do aborto induzido, constatou que, a cada ano, entre 1990 e 1994 o número estimado de abortos foi de 50,2 milhões e entre 2010 e 2014, 55,9 milhões, sendo estes últimos, 35 abortos por ano para cada 1000 mulheres com idade entre 15 e 44 anos, Singh, et al. (2018).

Dos 55,9 milhões, 49,3 milhões ocorreram em regiões em desenvolvimento e 6,6 milhões em regiões desenvolvidas. A maior taxa estimada foi na América Latina e no Caribe, 44 abortos por 1000 mulheres, e as taxas mais baixas na América do Norte e na Oceania, 17 e 19 por 1000 respectivamente, conforme Tabela 1. (SINGH et al., 2018).

Figura 1. Taxa de aborto por região do mundo – Número de aborto para cada 1000 mulheres entre 15 e 44 anos



Fonte: Institute Guttmacher

O relatório também estima que entre 2010-2014, 55% de todos os abortos foram seguros e 45% inseguro. Analisa-se que dos 25 milhões de abortos inseguros ocorridos em todo o mundo, 97% do total ocorreram em países em desenvolvimento com ênfase nas regiões da África, Ásia e América Latina e na conjuntura de países com legislações altamente restritivas (SINGH, et al., 2018).

No contexto do abortamento induzido, há que se considerar duas dimensões complexas que são alvo de debate no âmbito da saúde pública e da análise jurídica sobre o tema. Como dito, o processo de interrupção da gravidez provocada deve ser verificado em duas dimensões: legal e ilegal, seguro e inseguro.

O aborto legal é, de maneira geral, um direito. Para Matielo (1994, p. 24) é aquele “admitido restritamente pela lei face às circunstâncias especiais e devidamente provocadas, conforme demonstrar-se-á quando da apreciação dos aspectos jurídicos do aborto no país”. A OMS (2005) indica que consiste no procedimento executado por profissionais especializados em instituições com condições higiênicas adequadas e sempre com o consentimento da mulher.

Singh et al. (2018) abrange a legalidade do aborto através de seis categorias: proibição absoluta, permissão sem restrições quanto as razões, para salvar a vida da mulher, para proteger a saúde física, para preservar sua saúde mental e por razões socioeconômicas, observa-se o panorama mundial das legislações sobre o tema, (ver Anexo 01). Muitos países permitem o aborto considerando razões específicas: se a

gestação resultar de violência sexual, incesto, se o feto apresentar anomalias graves ou se proporcionar risco de morte a gestante.

De 1,64 bilhão de mulheres em idade reprodutiva, 6% vivem em países onde o aborto é totalmente proibido sem qualquer exceção, 37% vivem onde é permitido por diversas razões e 57% em países onde a permissão é para razões específicas. Conforme Singh et al. (2018), entre 2000 e 2017, 33 países expandiram as situações para o abortamento legal.

Dos 61 países que permitem o aborto sem restrições quanto as motivações para interrupção da gravidez, 37 deles se encontram em regiões desenvolvidas e 24 em regiões em desenvolvimento. Nestes, as regulamentações que garantem a segurança do procedimento são geralmente estabelecidas através de diretrizes governamentais assim como as limitações específicas para gestação. (SINGH et al., 2018).

Na América Latina e no Caribe, 97% das mulheres em idade reprodutiva vivem em países com leis restritivas. No Brasil, o aborto legal é restrito a situações específicas, pelo Código Penal no Decreto de Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940, no artigo 128 que define as situações para Abortos Legais.

Essa legislação garante que aborto legal é possível em três situações: Quando a gestação significar de risco de morte para mãe, quando a gravidez for decorrente de estupro e nos casos de fetos com anencefalia. Esta última não está prevista no código penal de 1940, é uma decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), por meio da ADPF (Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental) nº 54 do ano de 2012, que deixou de considerar crime o abortamento nos casos de anomalias fetais graves e incompatíveis com a vida extrauterina, exemplo da anencefalia.

Países onde há maior permissividade legal, o acesso a procedimentos seguros proporciona baixas probabilidades de complicações e riscos à saúde da mulher. Singh et al. (2018) aponta que o aborto tende a ser mais seguro em países que tem menos restrições legais, como também em países com a renda nacional bruta é mais alta.

Ganatra et al. (2017) aponta fatores que afetam a segurança da interrupção da gravidez, tais como: o ambiente que é ofertado o serviço, os métodos, os profissionais treinados, equipamento adequado, o contexto legal que envolve as políticas e o grau de implementação dos serviços.

Nessa perspectiva, a OMS (2013) considera que o abortamento seguro é resultado da soma de serviços com equipamentos, medicamentos, capacidade de

instalações, com profissionais de saúde treinados e qualificados, com orçamento que assegure os recursos humanos e físicos para o procedimento. Ressalta-se também a importância do enfoque no planejamento e implementação dos serviços com base na promoção da saúde, direitos humanos das mulheres e no respeito pela sua decisão livre considerando sua autonomia e com atenção especial para mulheres vítimas de violência sexual.

Singh et al. (2018) classifica o aborto em três categorias: seguro, menos seguro e nada seguro, sendo os dois últimos resumidos a aborto inseguro. Considerado como seguro, aquele que for realizado por trabalhadores da saúde qualificados e que utilize métodos recomendados pela OMS. Menos seguro é aquele que conta apenas com um dos dois critérios e, o nada seguro, aquele que não satisfaz nenhum deles.

Como dito, entre os anos de 2010 a 2014, estima-se que 55% dos abortos são seguros, 31% são menos seguros, com a utilização de métodos não seguros ou por profissionais não qualificados e 14% como nada seguros, com uso de métodos perigosos por pessoas desqualificadas resultando hemorragias, lesões vaginais e uterinas, estes dois últimos somam 25 milhões de abortos inseguros no mundo. (SINGH et al., 2018).

Os métodos mais adequados para o processo de abortamento diferenciam-se conforme o estágio da gravidez. A OMS (2013) recomenda os métodos de aspiração a vácuo manual ou elétricas, ou os métodos farmacológicos com a combinação do uso de mifepristone e misoprostol para gestações até 12 e 14 semanas. Gestações posteriores a essas quantidades de semanas, a recomendação é o método cirúrgico D&E (Dilatação e Evacuação), aplicando aspiração a vácuo e tenáculos, e o método farmacológico com uso de mifepristone e doses repetidas de misoprostol.

A OMS (2013) ainda aponta que quando o procedimento é realizado por profissionais qualificados em condições médicas modernas, as complicações e risco de morte são insignificantes. No entanto, o uso de métodos tradicionais e não-médicos são utilizados em todo o mundo, resultando sérios problemas à saúde das mulheres. A utilização desses métodos proporciona processos de abortamento inseguros, assim:

Os procedimentos do abortamento inseguro podem implicar na inserção de uma substância ou objeto (uma raiz, um galho, um cateter) no útero, a dilatação e a curetagem são feitos de forma incorreta por um profissional não capacitado, a ingestão de preparados caseiros, nocivos à saúde ou a aplicação de uma força externa. Em alguns contextos, os profissionais tradicionais espancam fortemente a socos a parte inferior do abdômen da

mulher para interromper a gravidez, o que pode causar a ruptura do útero e a morte da mulher. (OMS, 2013, p. 17)

Singh et al. (2018) ainda revela que métodos tradicionais e prejudiciais à saúde das mulheres, apresentam: misturas concentradas de ervas preparadas com água e álcool, soluções de sabão ou alvejante, uso de fármacos como aspirinas, analgésicos, atividades físicas traumáticas como levantamento de objetos pesados, saltar de telhados ou exercícios físicos excessivos.

Assim, entende-se por abortamento inseguro o “procedimento para finalizar a gravidez não desejada, realizado por indivíduos sem as habilidades necessárias e /ou em ambientes abaixo do padrão médico exigidos”, interferindo diretamente na qualidade da saúde e vida das mulheres, conforme OMS (2013, p. 18).

Em 14 países em desenvolvimento o aborto inseguro é prevalente, cerca de 6,9 milhões de mulheres são tratadas nos serviços de saúde anualmente por complicações resultantes do procedimento inseguro. Assim, cerca de 760.000 mulheres são atendidas por complicações decorrentes de aborto inseguro, as complicações mais comuns são o aborto incompleto, infecção e perda excessiva de sangue (SINGH et al., 2018).

No Brasil, o aborto é realizado de forma expressiva. Considerando uma pesquisa de Leal et al. (2018), em um intervalo de 10 anos (2005 e 2015), o número de internações por abortamento foi de 250.447 e 205.439, respectivamente. Observa-se que os números não alteraram de forma significativa e se mantiveram quase lineares.

Em 2016, a Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) constatou que no universo de 2002 entrevistadas, 1 a cada 5 mulheres, aos 40 anos realizou, pelo menos, um aborto, 67% das mulheres têm filhos, 88% declaram ter religião e as maiores taxas estão entre negras e indígenas, de menor instrução, do Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país. Diniz, Medeiros e Madeiro (2017) também estimam que no ano de 2015 ocorreram cerca de meio milhão de abortos. Assim:

Contrário aos estereótipos, a mulher que aborta é uma mulher comum. O aborto é frequente na juventude, mas também ocorre com muita frequência entre adultas jovens. Essas mulheres já são ou se tornarão mães, esposas e trabalhadoras em todas as regiões do Brasil, todas as classes sociais, todos os grupos raciais, todos os níveis educacionais e pertencerão a todas as grandes religiões do país. Isto não quer dizer, porém, que o aborto ocorra de forma homogênea em todos os grupos sociais. Há diferenças que merecem atenção de análises adicionais, em particular as maiores taxas entre

mulheres de baixa escolaridade e renda, pretas, pardas e indígenas, além das expressivas diferenças regionais. (DINIZ, MEDEIROS e MADEIRO, 2017, p. 659)

No Estado do Piauí, em um intervalo de 10 anos (2000 a 2010) foi verificado a ocorrência de 55.678 internações por aborto em contextos hospitalares. Madeiro et al. (2015) constatou que houve uma queda no número de internações no Estado, passando de 10.362 em 2000 para 6.738 em 2010. As observações sobre a queda expressiva das internações referem-se:

Em primeiro lugar, é possível que tenha ocorrido diminuição do número de gestações indesejadas por causa do maior e mais correto uso de métodos contraceptivos eficazes. [...] e em segundo lugar é preciso considerar que as mulheres passaram a utilizar métodos abortivos mais seguros, necessitando menos da internação hospitalar para tratar complicações. (MADEIRO et al., 2015, p.173)

A nível global, 8% a 11% de todas as mortes maternas estão relacionadas ao aborto, o que traduz 22.800 a 31.000 mulheres, vidas perdidas desnecessariamente a cada ano por aborto inseguro. Singh et al. (2018) verifica que a taxa de morte materna por aborto induzido reduziu 42%, de 108 entre 1990-1994 para 63 entre 2010-2014 a cada 100.000 abortos induzidos. Das regiões em desenvolvimento, a taxa mais alta se manifesta na África (141 por 100.000) e a menor na América Latina e no Caribe (22 por 100.000).

Na América Latina e no Caribe, em 2014, do total de mortes maternas, 10% (900) foram resultantes de aborto inseguro. No Brasil, a taxa de mortalidade materna reduziu de forma significativa comparando os anos de 1990 a 2015. A taxa caiu de 143,2 para cada 1000 nascidos vivos, em 1990, para 59,7 em 2015, conforme Leal et al. (2018). Em 2015, o aborto representou a quinta causa da mortalidade materna, correspondendo a 7,0% dos óbitos²³.

No Estado do Piauí, entre os anos de 2008 a 2012, houveram 34.579 óbitos de mulheres, deste total, 4.979 (14,4%) de mulheres em idade fértil, com faixa etária de 10 a 49 anos. Considerando as causas de mortes, o ciclo gravídico-puerperal (mortalidade materna) representou o 4º grupo mais frequente, com 273 do total (5,5%). Complicações por aborto representa a terceira maior causa deste grupo, 25

²³ A mortalidade materna no Brasil tem como principais causas: 29,7% afecções obstétricas, 20,7% transtornos hipertensivos, 17,5% complicações no trabalho de parto, 13,2% complicações no puerpério e 7% agravos provocados por aborto. (LEAL et al, 2018).

mulheres (9,2% dos casos), seguidos de doenças hipertensivas (82 casos, 30,0%), desordens hemorrágicas (36 casos, 13,3%), que conforme Madeiro et al. (2018) são mortes de causas obstétricas diretas e evitáveis.

O relatório da Mortalidade Materna do Estado do Piauí, descreve que no período de 2010 a 2019, 44,8% dos óbitos ocorreram na faixa etária de 20 a 29 anos, seguido de 30, 4% na faixa etária de 30 a 39 anos. Ao longo desses 10 anos, quanto as causas de óbitos maternos foram obstétricas diretas, com predominância hemorragias (15,9%); seguido de eclampsia (15,1%), infecções puerperais (8,4%), transtornos hipertensivos (7,3%) e complicações de aborto (6,9%), (PEGADO, 2019).

O acesso ao procedimento seguro de aborto está intimamente ligado a permissividade das legislações. Nesse sentido, quanto maior for a restrição ao aborto, maior será as taxas de abortamento inseguro. Como visto, a maior parte dos países tem permissividade ao aborto apenas para razões específicas, mesmo assim, milhares de mulheres o fazem por razões diversas, inclusive nos países onde a permissão é restritiva.

Nesse sentido, Adesse, Monteiro e Levin (2008) analisam que as restrições existentes para o acesso aos procedimentos legais no Brasil, não impedem que as mulheres o façam, no entanto, ocasiona a realização do procedimento de forma ilegal e muitas vezes insegura.

O abortamento ilegal e/ou clandestino “significa que o aborto é feito por qualquer pessoa que não está autorizada a fazê-lo pela lei do país” conforme OMS (2005, p. 26). Nesse sentido, não é permitido em lei e o sujeito que o provocar poderá sofrer penas restritivas e responder criminalmente, conforme a configuração legal de cada nação.

Pimentel e Pandjarian (2002) verificam que a ilegalidade do aborto tem como principal consequência sua prática clandestina e em condições inseguras. Nessa perspectiva, as tipificações de ilegalidade não impedem que as mulheres o façam.

A criminalização do aborto, em especial nos países em desenvolvimento, como o Brasil, tem como principal consequência sua prática clandestina e em condições insalubres custando a vida de milhões de mulheres e especial de mulheres pobres do terceiro mundo. (PIMENTEL e PANDJIARJIAN, 2002 p. 73)

Santos (2013) aponta e concorda que a condição de criminalidade do aborto tem como resultado o abortamento inseguro. Essa dualidade proporciona a

complexidade da questão diante da realidade de clandestinidade do procedimento, somado ao alto índice de morbidade e mortalidade materna por complicações de abortamentos feitos de forma insegura, pela utilização de métodos tradicionais ou não médicos.

É interessante ressaltar que, apesar do abortamento ilegal e inseguro ser um grave problema de saúde pública, é também um problema de justiça social, pois, o aborto ilegal nem sempre é considerado inseguro.

A prática do aborto inseguro, especialmente, evidencia as diferenças socioeconômicas, culturais e regionais diante da mesma ilegalidade do aborto. Mulheres com mais condições financeiras, geralmente nos grandes centros urbanos, têm acesso a métodos e clínicas de abortamento ilegais de maior higiene e cuidado. Já as mulheres mais carentes — a grande maioria da população feminina brasileira — recorrem aos métodos mais perigosos, com pouca precaução, resultando em alto índice de agravos à saúde. (ADESSE, MONTEIRO e LEVIN, 2008, p. 11).

O aborto ilegal e seguro, ocorre em clínicas de forma clandestina, com assistência adequada, métodos indicados, condições de higiene e realizado por profissionais especializados que, por sua vez, atendem predominantemente mulheres com condições financeiras elevadas, logo, é necessário que se pague pelo serviço (ADESSE, MONTEIRO e LEVIN, 2008).

Nesse sentido, as condições de clandestinidade do aborto revelam uma desigualdade social. O acesso ao procedimento seguro torna-se um privilégio das mulheres que dispõem de recursos econômicos. As que não podem estão suscetíveis a procedimentos inseguros e conseqüentes complicações que acabam por gerar problemas sérios de saúde ocasionando também responsabilidade social e financeira aos sistemas de saúde pública.

Observa-se nesse contexto que, quanto menos restritivas forem às legislações sobre o abortamento, maiores serão as condições de acesso a procedimentos seguros, conseqüentemente, menores serão a incidência de aborto inseguro e das taxas de mortalidade materna. Nessa perspectiva, Pimentel e Pandjarian (2002) defendem que nos países em que o aborto induzido é legalmente organizado, com programas de planejamento familiar e acesso efetivo à informação, tiveram como consequência a diminuição o número de abortos.

Apesar da existência de estudos em escala global e regional, dados confiáveis e de alta qualidade sobre a incidência do aborto não estão disponíveis de forma

consistentes em todos os países. Singh et al. (2018) lembra que mesmo em países onde o procedimento é amplamente legal, os registros oficiais podem estar incompletos e nos países legalmente restritos, há ausência de informações e sistemas confiáveis, o que faz necessário o uso de métodos diversos em diferentes contextos para estimar a ocorrência do aborto.

É consenso entre os estudiosos da temática a existência de lacunas quanto a estimativas sobre a incidência real do aborto inseguro. Diversas são as barreiras para obtenção de informações, Duarte e Osis (2005) analisam que a principal delas é a condição de restrição legal, pois muitas mulheres que abortam e não recorrem aos serviços hospitalares, não aparecendo assim, nos dados oficiais dos serviços de saúde.

Outra barreira, segundo Rocha (2009) as informações oficiais de mortalidade materna por causas obstétricas, aponta o aborto como quarta ou quinta causa, ao lado de infecções puerperais e sempre precedida pelas doenças hipertensivas e síndromes hemorrágicas. No entanto, deve ser considerado que tanto as hemorragias como as infecções puerperais certamente são resultantes do processo inseguro em que o abortamento foi realizado.

Sigh et al. (2018) constatou que os países onde o aborto é legalmente restritivo tem a tendência de não ter dados oficiais sobre a questão. Contraditoriamente, os dados confiáveis estão disponíveis para minoria dos países que tem legislações sobre o aborto mais liberais.

Nessa perspectiva, Ganatra et al. (2017) aponta a necessidade de uma coleta de dados rotineira e monitorada dentro dos sistemas de saúde, com métodos de pesquisas inovadores abordando as lacunas de dados e dando possibilidades de estimativas futuras melhores e mais consistentes.

Conforme os dados analisados, faz-se imperativo considerar a relação direta entre ilegalidade da prática, utilização de métodos inseguros e o índice da mortalidade materna. Para OMS (2013) o abortamento inseguro e a mortalidade materna podem ser evitados na medida em que se têm serviços disponíveis e acessíveis, ao passo que a lei permitir. Além disso, Costa (2012, p. 1004) aponta que “além dos danos à saúde, a criminalização do aborto constitui uma violação aos direitos sexuais e reprodutivos, conseqüentemente aos direitos humanos”.

A perpetuação da existência da mortalidade materna por aborto sinaliza uma necessidade de ações efetivas para eliminação do aborto inseguro, conforme Martins

et al. (2017, p. 6): “é classificado como um evento evitável”, visto que, existem medidas e tecnologias adequadas que possibilitam sua redução.

Nessa perspectiva, Martins (2017) direciona que a melhoria na assistência e nos cuidados efetivos à saúde da mulher em situação de abortamento caminha conjuntamente com os avanços não só da legislação, mas também da apropriação da discussão sobre o estigma da sociedade à mulher em situação de abortamento e da formação e atualização profissional daqueles que trabalham diretamente com essas mulheres, reconhecendo-as como sujeito de direitos invioláveis, como a saúde e a vida.

A OMS (2013) lembra que apesar da permissividade legal para o procedimento, em algumas situações, a inacessibilidade física e as práticas socioculturais inadequadas são, também, barreiras ao acesso do direito do aborto legal. Assim, não basta que os serviços estejam disponíveis, eles precisam ter qualidade e serem ofertados de forma culturalmente adequada para responder as necessidades das mulheres, principalmente, respeitando sua dignidade.

Em consonância, Sigh et al. (2018) reconhece que há dois fatores preponderantes e interdependentes para que as mulheres tenham condições de fazer aborto seguro. O primeiro refere-se à condição de legalidade do procedimento, é um fator-chave que deve estar ligado a disponibilidade ampla dos serviços de aborto seguro. E o segundo é o compromisso dos governos em assegurar a implementação do acesso aos serviços de aborto legal. Como fator relacionado, o segundo vai depender do primeiro, visto que quanto maior for o tempo que o aborto é considerado legal nos países, maiores serão as condições dos serviços seguros para interrupção da gestação, visto que são necessários muitos anos para mudança real em termos de acesso aos serviços seguros.

Nessa lógica, as recomendações da OMS são de que os serviços de abortamento devem estar integrados ao sistema de saúde, público ou sem fins lucrativos, com serviços de saúde legítimos e reconhecidos para proteger as mulheres e os profissionais do preconceito e discriminação. Com esse propósito, se faz necessário analisar a construção e organização dos serviços de Aborto Legal no Brasil.

2.3 Construção e organização dos serviços de Aborto Legal no Brasil: entre rupturas e continuidades

Historicamente, a decisão pela interrupção da gestação é comum em muitas sociedades, mas, a partir do século XIX, muitas nações ocidentais passaram a regulamentar essa prática, inclusive proibindo. A Igreja Católica foi responsável pelo impulso às proibições. O Papa Pio IX, em 1869, passou a condenar o aborto em qualquer estágio da gravidez por considerar a personificação imediata do feto, (TALIB, 2005).

Como consequência da forte interferência dos setores conservadores da Igreja cristã na vida política e social o aborto é considerado crime, salvo em casos específicos, em grande parte dos países da América Latina, com exceção de Cuba, Porto Rico, Guiana, Guiana Francesa e Uruguai.

A preocupação com o aborto no Brasil existe desde o Brasil-colônia. O julgamento moral negativo feito pela Igreja tinha como objetivo o controle sobre o aborto com a intenção de povoar as terras brasileiras e enquadrar a mulher como simples reprodutora (MATOS, 2009).

No que tange a legislações, a punição ao aborto ocorre a partir do Código Criminal do Império, em 1830, que punia apenas quem realizava o procedimento. Já na República, em 1890, a mulher passa a ser penalizada, fortalecendo a perspectiva proibicionista. Essa lei vigorou até o Código Penal de 1940, legislação atualmente vigente, onde exclui a ilicitude nos casos de estupro e risco de morte da mulher, apenas. Para o contexto da época definir as situações para aborto legal pode ser considerado como um avanço (MATOS, 2009; EMMERICK, 2008).

O Decreto de Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940, considera o aborto como crime doloso²⁴, sendo definido no Código Penal, parte especial, Título I Crime contra à pessoa e Capítulo I Crimes contra a vida, expressos nos artigos 124 a 127, e no artigo 128 que define as situações para Abortos Legais²⁵: o aborto necessário, o aborto sentimental ou ético. Durante anos a realização do aborto para os casos de

²⁴ “Art. 18. diz-se o crime: doloso quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo” (BRASIL, 2012, p. 43)

²⁵ Aborto necessário ou terapêutico, quando não há outra maneira de salvar a vida da gestante. Aborto sentimental humanitário é o aborto permitido quando a gestação é concebida mediante o crime de estupro. Aborto Eugênico é a suspensão da gestação pelo motivo de anomalia fetal, que se refere ao feto que desenvolve anomalias graves com comprovação da inviabilidade de vida fora do útero (CAPEZ, 2013).

anomalia fetal ocorreu por intermédio de autorização judicial, como já anunciamos, apenas em 2012, por meio da ADPF nº 54, deixou de ser considerado crime.

Como anteriormente apontado a construção das políticas públicas direcionadas ao aborto legal estão intimamente ligadas as ações e serviços de atenção a saúde das mulheres na perspectiva da garantia dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos e são resultados de intensos embates no espaço público brasileiro.

A questão do aborto permaneceu inalterada até a década de 1980. Legalmente considerado crime, apesar das ocorrências, haviam poucas punições e ausência da organização de serviços para realização do procedimento nas situações legais. Conforme Diniz e Madeiro (2016) o acesso aos serviços públicos de saúde específico ao Aborto Legal não foi regulamentado por quase 50 anos.

Como exposto no capítulo anterior, apenas em 1989, foi criado o primeiro serviço público de atendimento especializado direcionado ao abortamento previsto em lei, no Hospital Municipal Artur Ribeiro Saboya (conhecido como Hospital de Jabaquara), em São Paulo.

Talib (2005) considera que embora tardio, esse serviço merece ser reconhecido como pioneiro não só no Brasil, mas em toda América do Sul. A implementação do serviço ocorreu sob cuidados de Edna Rolland, feminista, negra, que foi coordenadora da comissão responsável pela execução do serviço em hospitais municipais.

A Portaria n. 692, baixada em 26/04/1989, dispoendo sobre a obrigatoriedade da rede hospitalar do município prestar “atendimento médico para o procedimento de abortamento, nos casos de exclusão de antijuridicidade, previstos no Código Penal”, de fato estava cercada de “precauções”. Para ter acesso ao abortamento, a gestante deveria apresentar, entre outras, cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO) registrando a agressão sofrida com data de até 15 dias da mesma e de laudo pericial do Instituto Médico-Legal. Deveria ser atendida por uma comissão multiprofissional do hospital, incluindo médico/a, enfermeiro/a, psicólogo/a, advogado/a e assistente social, que teria a decisão final sobre a realização do procedimento (TALIB, 2005 p. 14).

Mesmo com diversas condicionalidades de acesso ao serviço, sua implementação enfrentou entraves e resistências políticas, principalmente no interior dos hospitais, com demora de quase 11 anos para vigência em outras instituições, restritas ao estado de São Paulo. A Igreja Católica foi uma forte protagonista nos ataques aos serviços e aos profissionais envolvidos, ao passo que os condenava a excomunhão, contribuía também a investigações administrativas sobre a permissividades legal dos casos atendidos. (TALIB, 2005).

Emmerick (2008) observa que tais limitações foram resultantes da manutenção da cultura conservadora, autoritária e machista permeada de valores morais e religiosos que se recusaram a aceitar a mulher como sujeito de direitos, capaz de escolher de forma consciente sobre a maternidade. Desse modo, percebe-se que o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres só ocorreu de forma mais intensa no plano internacional, não refletindo no plano nacional.

Apesar da existência da limitada regulamentação sobre os serviços especializados ao aborto legal, é possível observar uma resistência a implementação dos serviços que deram materialidade ao direito ao aborto. Neto e Rocha (1999) concordam que essa demora é condicionada pelas interferências políticas, partidárias e dos dogmas religiosos, que impactam diretamente no controle sobre o corpo e sexualidade das mulheres, configurando-se como uma violação de direitos.

Mesmo enfrentando limitações, os embates e defesas entorno da questão do aborto no Brasil estão intrinsicamente ligados a mobilização de diversos grupos sociais, tais como: feministas, profissionais de saúde, juristas, organizações não-governamentais, como também integrantes do poder executivo. Somado a esses esforços, tem-se no decurso da década de 1990, a participação do Estado Brasileiro nas Conferências Internacionais da ONU, que recomendam considerar o aborto como uma grave questão de saúde e não pela lógica criminal, como visto no capítulo anterior.

Considerando os compromissos e a articulação de esforços, o resultado foi a consolidação de outros serviços de aborto legal e a construção da normatização destes em nível federal. Ao longo de 1990 e dos anos 2000 o Ministério da Saúde por meio de sua Área Técnica de Saúde da Mulher, coordenada por mulheres do movimento feminista, proporcionou um avanço em relação a regulamentação dos serviços de aborto legal através da elaboração de vários documentos relacionados à questão em estudo, como exemplo: *Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, o *Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna*, a *Política de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*, a *Norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento* e diversas portarias, decretos e leis que orientam sobre o atendimento, diretrizes, funcionamento, procedimentos e organização dos serviços de atenção as pessoas em situação de violência sexual.

A atuação dessa área técnica ocorreu no cenário de um sistema de saúde público conquistado no processo de redemocratização do país cujo os principais motivos são a universalidade, equidade e integralidade. Nesse contexto, a discussão legislativa para criação de parâmetros nacionais direcionados a estruturação dos serviços iniciou em 1991, mas, devido a inúmeras manobras políticas tivera aprovação apenas em 1999.

Sobre os direitos das mulheres ao abortamento legal no Brasil, ressaltamos como principais documentos orientadores aos direitos direcionados à atenção à saúde da mulher, aos profissionais de saúde sobre organização dos serviços de aborto legal, bem como decisões judiciais que contemplam esse direito (ver tabela 1).

Tabela 1. Principais documentos direcionados a atenção a saúde da mulher a violência sexual e ao aborto legal no Brasil.

DOCUMENTO	ANOS E REVISÕES	DESCRIÇÃO
Assistência Integral à Saúde da Mulher	1984	Atenção à Saúde da Mulher
Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica	1999, 2005 e 2012	Enfrentamento a Violência Sexual e define serviços de Aborto Legal
Lei nº 10778	2003	Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	2004	Atenção à Saúde da Mulher
Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna	2004	Atenção à Saúde da Mulher
Portaria Nº 2.406	2004	Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação
Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica.	2005 e 2011	Aborto Legal e Aborto inseguro
	2005 e 2011	Orientação aos profissionais de saúde

Aspectos Jurídicos do Atendimento às vítimas de Violência: Perguntas e Respostas para profissionais de saúde.		
Política de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	2005	Direitos sexuais e reprodutivos
Portaria nº 1.508	2005	Procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez no SUS
Política Nacional de Enfrentamento a Violência Contra as Mulheres	2011	Enfrentamento a violência contra a mulher
ADPF - Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental Nº 54	2012	Constitucionalidade a antecipação terapêutica do parto de gestação de feto anencéfalo
Resolução nº 1989– Conselho Federal de Medicina	2012	Diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto.
Lei 12.845	2013	Atendimento imediato e obrigatório às pessoas vítimas de violência sexual em todos os hospitais vinculados ao SUS.
Portaria Nº 508 GM/ MS	2013	Regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às pessoas em situação de violência sexual no SUS.
Decreto nº 7.958	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.
Portaria nº 415	2014	Inclui procedimento de interrupção da gestação a tabela de procedimentos do SUS.
Portaria Nº 485	2014	Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria Nº 2.415	2015	Inclui o procedimento Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual
Portaria nº 1.662	2015	Define critérios para habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde (SUS), inclui habilitação no Sistema de

		Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)
Portaria Interministerial nº288	2015	Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.

Fonte: Sistematização da autora

A Norma Técnica para *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, é um dos principais documentos orientadores para organização e estruturação dos serviços de aborto legal pois reconhece a gravidade dos problemas advindos da violência contra as mulheres, em especial a violência sexual, e dá atenção especial o procedimento de interrupção da gestação decorrente de estupro (TALIB, 2005).

Essa regulamentação, não se limitou ao atendimento apenas ao procedimento de aborto, contemplou diversos aspectos que a violência sexual abrange. Tal documento orientou desde a estrutura física com espaço específico, com vistas a garantia de privacidade às mulheres, ao atendimento multiprofissional contando com médicas (os), psicólogas (os), enfermeiras (os) e assistentes sociais. Apoio laboratorial e farmacológico para diagnósticos de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), como também o acompanhamento psicológico e social (BRASIL, 1999).

A primeira edição dessa norma técnica em 1999, também abordou sobre a coleta de material para futura identificação do agressor através de exame de DNA, anticoncepção de emergência (até 72 horas depois da agressão) e os procedimentos para interrupção da gravidez (até 20 semanas de idade gestacional). Se a quantidade de semanas fosse posterior ao recomendado, ou caso a mulher optasse por não interromper, deveria ocorrer o acompanhamento pré-natal e esclarecimentos sobre procedimentos de adoção, (BRASIL,1999). Sobre o acesso ao procedimento de interrupção da gravidez:

Documentos e procedimentos são obrigatórios: Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO) que a mulher deve ter registrado; autorização da gestante, ou de seu representante legal, em caso de incapacidade; informação à mulher de que ela poderá ser responsabilizada criminalmente se as declarações constantes no BO forem falsas; registro no prontuário médico das consultas realizadas, da decisão adotada pela equipe multidisciplinar e dos resultados dos exames clínicos e laboratoriais. Além das exigências para o atendimento, a Norma atribui aos gestores municipais e estaduais a responsabilidade de definir as unidades de referência e de capacitar equipes para prestar atendimento e avaliar o atendimento prestado. (TALIB, 2005, p. 21)

Outro ponto interessante do documento foi a indicação de registros de dados para manutenção de um sistema padronizado e uniformizado aos diversos serviços, como também a sensibilização da equipe no atendimento humanizado as mulheres, que se apresentam nesse cenário como vítimas e sujeito de direitos que merecem ser respeitadas, (BRASIL, 1999).

Apesar do avanço na organização dos serviços, Talib (2005) aponta que a exigência da apresentação do Boletim de Ocorrência era vista como exagerada, com base em duas explicações. A primeira considera que o artigo 128 do Código Penal não prevê quaisquer condições para o acesso ao serviço e segundo pelas intimidações por parte dos agressores para que as mulheres não prestassem queixa, o que era muito comum.

Tal condicionalidade foi revista e alterada na revisão do documento no ano de 2005, considerando a Portaria nº 1.508 de 1 de setembro de 2005 que dispõe da não obrigatoriedade da apresentação do Boletim de Ocorrência Policial (BOP) pelas vítimas de estupro, recomendando apenas o relato circunstanciado do caso, pela própria gestante a dois profissionais de saúde (BRASIL, 2005)

É interessante salientar que a partir dos anos 2000, diversos esforços governamentais contribuíram para o avanço na atenção aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras. Assim, é destaque a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres em 2003, com foco no combate às desigualdades de gênero, fortaleceu o processo de construção das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres, como também a atenção a saúde e a organização e estruturação dos serviços de Aborto Legal.

Em 2004 foi criada a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) pelo Ministério da Saúde, que estabelece princípios, diretrizes, estratégias, ações e metas para atenção à saúde da mulher. O documento analisa a evolução das políticas nessa área, faz um breve diagnóstico sobre a saúde da mulher

no Brasil e relaciona o aborto inseguro a ocorrência de mortalidade materna, considerando-as como causas evitáveis (BRASIL, 2004a).

A PNAISM considera também o reconhecimento das desigualdades de saúde e identificou as especificidades de diferentes grupos de mulheres: negras, indígenas, lésbicas, transsexuais, residentes na área rural e em situação de prisão. Define como o princípio a humanização e a qualidade do atendimento, como diretriz, atenção a todos os ciclos de vida das mulheres com ações baseadas na perspectiva de gênero, raça e etnia. Estabelece como objetivos: garantir direito à saúde e ampliação do acesso a eles, contribuindo para redução das desigualdades e da mortalidade materna e, também “fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas” de atenção à saúde das mulheres (BRASIL, 2004a, p. 72).

Essa política reconhece que a situação de ilegalidade do aborto afeta diretamente a confiabilidade das estatísticas sobre a questão e que é uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. Considera também o reconhecimento da necessidade de políticas que visem à prevenção as situações de risco que a prática clandestina e insegura proporciona as mulheres (BRASIL, 2004a)

Apenas em seu Plano de Ação 2004-2007 apresenta como um dos objetivos promover de forma qualificada e humanizada a atenção obstétrica e neonatal, inclusive a assistência aos abortamentos inseguros. Assim, a estratégia para atingir esse objetivo se daria por meio da qualificação e humanização da atenção à mulher em situação de abortamento e como ações:

Elaborar e imprimir o manual Atendimento Humanizado ao Aborto Inseguro e ao Aborto Previsto no Código Penal; Revisar e imprimir a Norma Técnica de Atenção ao Aborto Legal; Apoiar capacitações sobre atenção humanizada ao aborto inseguro; Garantir maternidades de referência na atenção ao aborto previsto pelo Código Penal; Implantar a técnica de curetagem pelo AMIU (aspiração a vácuo) e garantir anestesia nas curetagens pós-aborto. (BRASIL, 2004b p. 26-27)

Outro objetivo interessante indica a promoção da atenção as mulheres e adolescentes vítimas de violência doméstica e sexual, com a meta de aumentar 30% dos serviços para esses casos. As estratégias têm como foco organizar as redes integradas de atenção, articular e promover ações de prevenção por meio da aquisição e distribuição de anticoncepção de emergência para 100% dos serviços de

referência, além de realização de pesquisas nacionais sobre os serviços de referência (BRASIL, 2004b).

Seguindo essas orientações, a regulamentação para os serviços direcionados a atenção do aborto legal ganhou impulso com uma nova revisão da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescente em 2012 e com a elaboração da Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento, criada em 2005 e posteriormente revisada em 2011.

A revisões da primeira aprofundou as orientações sobre o acesso ao direito das mulheres vítimas de violência sexual, indicou normas gerais ao atendimento, apoio psicossocial, orientações sobre anticoncepção de emergência, a doenças sexualmente transmissíveis, hepatites virais, infecção pelo HIV, acompanhamentos laboratoriais e coleta de material para identificação e responsabilização do agressor, bem como sobre os procedimentos para as situações de gestação decorrente de violência sexual, incluindo a interrupção da gravidez. Ambas atualizações focaram no reconhecimento da necessidade de capacitação dos profissionais e ampliação dos serviços especializados ou de referência (BRASIL, 2012).

Especialmente sobre as orientações nos casos de gestação decorrente da violência sexual, foi determinado que os profissionais de saúde devem orientar sobre as alternativas frente a gestação, tais como: orientações sobre pré-natal, caso a mulher decidisse sobre o prosseguimento da gestação, entrega da criança para adoção e a interrupção da gestação, caso a idade gestacional fosse de até 20 semanas. No caso de interrupção da gestação, define sobre o processo de justificação e autorização do procedimento, conforme a Portaria nº 1.508/2005 (posteriormente detalhada), bem como aos procedimentos técnicos para a interrupção, quais os melhores métodos, considerando as semanas de gestação, alívio de dor e informações e orientações legais sobre o procedimento (BRASIL, 2012)

A criação da Norma Técnica de *Atenção Humanizada ao Abortamento* significou um avanço no processo de consolidação da atenção governamental aos serviços de aborto legal. É um documento orientador direcionado a estruturação, organização e execução dos serviços, que contempla desde o esclarecimento legal, etapas do atendimento, técnicas para o procedimento e ações para pós-abortamento. Orienta especialmente o atendimento humanizado as mulheres em situação de complicações decorrentes de abortamento inseguro, reconhecendo-o como um problema de saúde pública (BRASIL, 2011a)

Sua atualização em 2011 teve como foco as orientações gerais de acolhimento e atenção clínica, na medida em que se fortaleceu as orientações sobre a Escuta Qualificada como responsabilidade de toda a equipe de saúde livre de julgamentos, preconceitos e comentários desrespeitosos as mulheres, objetivando assim, uma abordagem com respeito a autonomia das mulheres sobre sua decisão e como forma de estabelecer uma relação de confiança (BRASIL, 2011a).

Como forma de atender aos objetivos da PNAISM, com foco nos serviços direcionado ao Aborto Legal, considera-se como relevante a elaboração do manual para profissionais de saúde *Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência: Perguntas e Respostas para os Profissionais de Saúde* em 2005 e revisado em 2011. Em forma de perguntas e respostas o manual aborda as questões mais comuns ao cotidiano daqueles profissionais que tem a responsabilidade de atender as mulheres e adolescentes na situação de abortamento, sendo direcionado também aos gestores e usuárias(os) (BRASIL, 2011b).

As principais questões referem-se sobre os esclarecimentos a definição de violência sexual e estupro, condições legais sobre o direito da mulher ao aborto legal nessa situação, direitos dos profissionais de saúde sobre a realização do procedimento de interrupção da gestação, a exemplo da objeção de consciência, quais documentos devem ou não ser exigidos as mulheres que decidam sobre acesse a esse direito, bem como orientações sobre sigilo dos casos de violência sexual (BRASIL, 2011b)

Como observamos na tabela 1, a partir de 2013 diversas portarias e decretos que dispõe de regras para habilitação do funcionamento, estruturação, organização, diretrizes e procedimentos especificamente aos serviços especializados às pessoas vítimas de violência sexual como serviços do Sistema Único de Saúde.

Após compreender os documentos legais que direcionam e garantem os sobre os serviços de aborto, enquanto um serviço público, observa-se que sua organização e a construção ocorreram de forma lenta e gradativa, ganhando impulso apenas a partir dos anos 2000. Apesar das conquistas, com a criação das normas técnicas, portarias, planos e políticas, a efetivação do direito ao aborto legal no Brasil enfrenta limitações no âmbito operativo dos serviços, como também legislativo, ao passo que se colocam em pauta projetos de lei que sugerem restrições ao aborto até nos casos já previstos em lei.

Do ponto de vista operacional dos serviços, conforme Diniz e Madeiro (2016, p. 70): “ainda há um distanciamento entre o previsto pelas políticas públicas de saúde e a realidade do funcionamento dos serviços de aborto legal”; Talib (2005), Diniz e Madeiro (2016) organizaram pesquisas sobre o funcionamento dos serviços de aborto legal no Brasil, a primeira considerando os anos de 1989 a 2004 e a segunda 2013 a 2015.

Talib (2005) constatou que dos 56 hospitais públicos (estaduais, municipais e universitários) pesquisados, apenas 37 afirmaram ter prestado atendimento, no entanto, em 5 deles não havia registro de atendimento, para um total de 1.266 casos de aborto legal. As regiões nordeste e sudeste contavam com a maioria dos serviços, 11 e 12 respectivamente. Em todos os serviços foram mencionados o atendimento exclusivo aos casos de violência sexual, nesse sentido, 26 serviços (70%) exigiam B.O, considerando que atendiam as exigências da norma de 1998, que estava em vigor no período pesquisado.

Os referidos serviços também relataram atender as outras duas situações legais, risco de vida da mãe em 31 serviços e anencefalia 28 serviços. A pesquisa não conseguiu identificar o tamanho e a composição de equipe para o atendimento, conforme as normas técnicas orientam.

Diniz e Madeiro (2016, p. 565) avaliaram 68 serviços em todo país, destes apenas 37 informaram que realizavam interrupção de gravidez: por violência sexual (37/37), por risco de morte da mulher (27/37) e por anencefalia (30/37) do total de 2.442 casos informados. Todas as instituições afirmaram ter equipe multiprofissional mínima com médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo para atendimento as mulheres vítimas de violência sexual, no entanto 35 delas (95%) não contava com equipe específica, apenas em regime de plantão.

Sobre o atendimento inicial às vítimas de violência 35 (95%) serviços ativos ofertavam anticoncepção de emergência e 34 (92%) realizavam profilaxia de DSTs virais. Outro ponto interessante que Diniz e Madeiro (2016) constaram que apenas em 2 serviços havia a coleta de material para possível identificação do agressor e em apenas 5 serviços (14%) exigiam B.O, sendo considerado o relato de solicitação de autorização por escrito da mulher por 34 (92%) serviços ativos, atendendo assim as normas técnicas e a Portaria nº 1.508/2005.

As características sociodemográficas das mulheres que realizaram o procedimento, houve uma concentração de “mulheres na faixa de 15 a 29 anos (62%),

solteira (71%), com ensino médio (37%) e católicas (43%)”, sendo necessário destacar que em 5 casos foram de crianças menores que 10 anos. (DINIZ e MADEIRO, 2016).

Em ambas pesquisas, observa-se que não houve alteração na quantidade de serviços nos diferentes anos, total de 37 em funcionamento, a região sudeste permaneceu como a que apresentou o maior número de casos atendidos e a interrupção da gravidez por motivo de estupro foi a mais frequente, chegando a ser em 94% dos casos na segunda, e a Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) foi o método mais utilizado (TALIB, 2005; DINIZ e MADEIRO, 2016).

É interessante analisar também a permanência dos serviços em capitais e grandes cidades e a inexistência ainda em 7 estados, não havendo um aumento no número de serviços, o que possibilita uma barreira de acesso às mulheres que desejam a interrupção da gestação (DINIZ e MADEIRO, 2016).

Como principais obstáculos para pesquisas, Talib (2005) aponta que mesmo com a recomendação das normas técnicas sobre a padronização dos registros em fichas específicas e prontuários médicos, a falta de registro foi destacada como uma das maiores limitações, assim como a dificuldade de acesso aos responsáveis pelas equipes interferindo na constatação sobre a composição da equipe.

Diniz e Madeiro (2016) apresentam dois obstáculos para o funcionamento dos serviços de aborto legal no Brasil: a pequena disponibilidade de profissionais, principalmente de médicos, por motivos de recusa dos profissionais, como também a ausência de capacitação da equipe sobre a legislação e os direitos sexuais e reprodutivos. Nesse sentido, recomenda que a capacitação continuada dos profissionais pode ser utilizada como ferramenta para melhorar os serviços e o acesso das mulheres ao serviço.

A composição da equipe profissional ainda é um obstáculo para a maioria dos serviços pesquisados. Por um lado, a presença das equipes multidisciplinares atesta o compromisso com a oferta de assistência integral à mulher vítima de violência sexual. Por outro, a inexistência de equipe médica específica para a realização do aborto faz com que o atendimento da mulher que busca a interrupção da gravidez seja mais demorado e, por vezes, impossibilita o aborto. (DINIZ e MADEIRO, 2016, p. 568)

A sugestão para ampliação dos serviços, melhor organização dos registros e maior apoio as equipes de saúde, foi mencionada em ambas pesquisas. O fato é que para haver acesso aos casos garantidos por lei é necessária a disponibilidade de

serviços de saúde com qualidade e que respeitem as escolhas reprodutivas das mulheres brasileiras.

Concordamos com Diniz e Madeiro (2016) e acrescentamos que para melhorar o acesso aos serviços de aborto legal no Brasil, é necessário prioritariamente o conhecimento das mulheres sobre a existência dos mesmos, considerando que saúde é direito de todos e todas. Nesse sentido, conforme uma pesquisa de Paes, Borges e Rocha (2018) a publicização de informações sobre a existência dos serviços de aborto legal no Brasil estão aquém do ideal.

Em 2002, o Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatísticas realizou uma pesquisa com 2002 pessoas em 143 municípios brasileiros e constatou que 48% delas desconhecia as situações de aborto legal no Brasil e 95% disseram não saber, não opinaram ou não responderam sobre a existência de hospitais que realizavam o atendimento ao procedimento legal de aborto (IBOPE e CDD, 2006). Nesse sentido:

Para além do desconhecimento sobre a existência do direito ao aborto legal, existe uma outra camada de desinformação, visto que a população não sabe em quais estabelecimentos o procedimento pode ser feito. Não existe uma lista pública, de fácil acesso e amplamente publicizada dos hospitais públicos e maternidades que de fato oferecem o serviço. Com algumas exceções, é difícil encontrar essas informações através de fontes oficiais. (PAES, BORGES, ROCHA, 2018, p. 7)

Tendo em vista a verificação de 52 órgãos públicos do setor de saúde (ministério da saúde, 27 Secretarias Estaduais e 24 órgãos municipais – secretarias e fundações) e suas respectivas disponibilizações de informações sobre o aborto legal, foi constatado que 20 órgãos estaduais e 22 municipais não informam ou não divulgam informações sobre aborto legal em seus sites oficiais (PAES, BORGES e ROCHA, 2018).

Os estados e municípios que apresentam alguma informação abordam apenas de forma indireta através links para portarias ou outras notícias, direcionando para situação de violência sexual. O Ministério da Saúde disponibiliza para *download* uma cartilha sobre os casos de aborto legal, mas sem discutir de forma direta o assunto. A única capital que informa todas as situações, mas por meio de uma reportagem realizada em 2011 é Palmas – Tocantins (PAES, BORGES e ROCHA, 2018).

Sobre a orientação e indicação dos serviços ou unidades hospitalares que atendem as situações de aborto legal, 25 órgãos estaduais e 18 municipais não apresentam informações alguma. Apenas as secretarias estaduais do Rio Grande do

Sul e de Minas Gerais apresentam a lista dos serviços de referência e apenas as secretarias municipais de São Paulo, Porto Alegre e João Pessoa informam a lista dos hospitais de referência para o atendimento ao aborto legal as demais, citam os serviços, mas não apresentam de forma sistematizada (PAES, BORGES e ROCHA, 2018).

Nesse sentido, é observado que a ausência de qualidade e a quantidade de informações públicas podem ser consideradas como um obstáculo ao acesso do direito ao aborto legal no Brasil. Conforme Paes, Borges e Rocha (2018, p. 22) “há uma escassez de informações produzidas por órgãos oficiais sobre o assunto” e isso contribui severamente para a recorrência a métodos perigosos de interrupção da gravidez.

Mesmo com a expansão legal sobre as definições e orientações para organização e estruturação de serviços de aborto legal, observamos uma limitação quanto a implementação desses serviços no contexto brasileiro. Além da limitação da publicização dos serviços de aborto legal no Brasil, há historicamente uma persistência no âmbito legislativo sobre a criminalização do aborto nas situações previstas em lei, com a perspectiva da defesa ao direito a vida. E sobre essa questão nos questionamos, a qual perspectiva de vida se defende tendo em vista os altos números de mortalidade materna em decorrência de complicações de abortamentos inseguros? Quem tem feito propostas que interferem nos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres?

3.3 Criminalização X Descriminalização do aborto: a favor da vida de quem?

Apesar da existência do amparo, através das normas técnicas e serviços de referência, o debate que remete a regulamentação do aborto legal e seu atendimento no âmbito do SUS sempre foi alvo de diversas discussões no espaço legislativo. Rocha (2009) cita que o primeiro projeto de lei sobre a criminalização do aborto para as situações previstas em lei é do ano de 1949, o que demonstra a preocupação com a criminalização vem desde sua efetivação legal no Código Penal de 1940 até os dias de hoje. Conforme Galli (2018), cerca de 60 propostas legislativas tramitam no Congresso Nacional, sendo que a maior parte delas tem caráter restritivo de direitos em relação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras, apresentadas por senadores e deputados conservadores para proibir o aborto em todas as

circunstâncias, criminalizar a mulher bem como os profissionais de saúde que realizarem o procedimento de interrupção da gestação.

Ao considerar que a partir dos anos 2000 houve a expansão e consolidação dos serviços para o acesso ao aborto legal, os projetos de lei propostos sinalizam a restrição, até mesmo em situação que envolve violência sexual. Rocha (2009) e CDD et al. (2015) concordam e lembram que há uma articulação evidente da participação de congressistas vinculados às religiões, com ênfase no grupo de parlamentares católicos, além de ser suprapartidário, visto que, tanto os partidos de direita como os de esquerda impressionam pelo o conservadorismo religioso no seio do Estado laico e democrático, que mais uma vez interfere nas discussões sobre o aborto com retrocesso aos direitos sexual e reprodutivo das mulheres brasileiras.

A CDD et al. (2015) cita quatro episódios que marcam o cenário de retrocesso na discussão legislativa sobre o aborto no Brasil no período entre 2008 a 2014. Com autoria da Bancada Religiosa, 31 das 34 propostas em tramitação foram de retrocesso, assim, os episódios são:

A proposta de rejeição da descriminalização do aborto em duas comissões da Câmara Federal; esta mesma rejeição na relatoria da proposta de reforma do Código Penal, nas mãos do Senado; a aprovação do Estatuto do Nascituro em duas comissões da Câmara Federal; o episódio em curso ao redor da Lei 12.845/ 2013, que regulamenta o funcionamento dos serviços de aborto legal, (CDD et al., 2015, p. 31)

O PL nº 1135/91 que propõe a descaracterização de crime ao aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento, alterando o artigo 124 do Código Penal Brasileiro, retornou a pauta de discussão, em 2007 e 2008, mas com desqualificação dos argumentos com base em direitos e dados epidemiológicos do Ministério da Saúde por parte grupo conservador que chegou a afirmar que a aprovação significaria a legalização do aborto até o nono mês de gestação (CDD et al., 2015).

Vale ressaltar que os parlamentares nomeados para presidir as comissões do debate além de serem evangélicos, a exemplo de Eduardo Cunha (PMDB/RJ) e Jorge Tadeu Mudalen (PFL/SP), também eram autores de projetos de lei que propunham a criminalização do aborto. Foram convocados para o debate 8 representantes conservadores, sendo necessária intervenção do Ministério da Saúde para que especialistas e representantes da sociedade civil também fossem convocados.

Mesmo assim, em uma sessão extraordinária e, as vésperas das eleições municipais de 2008, o PL nº1135/91 foi rejeitado, e em 2012 arquivado.

Para CDD et al. (2015, p. 46), o segmento conservador tem uma estratégia bem direcionada frente às propostas de ampliação legal ao aborto no Brasil, que é o de “posicionar-se nas comissões temáticas, assumir a relatoria dos projetos de lei considerados chaves, aprofundar as alianças de modo a criar brechas seja para barrar e/ou aprovar projetos de lei de cariz restritivos ainda nas comissões ou para obter maioria nas votações plenárias”.

Nessa perspectiva, foi elaborado por membros da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Vida o Projeto de Lei (PL) nº 478 de 2007, denominado Estatuto do Nascituro, que propõe proteção integral ao feto desde a concepção. Esse PL considera que “o nascituro concebido em um ato de violência sexual não sofrerá qualquer discriminação ou restrição de direitos”, com direito a pensão alimentícia até 18 anos de um salário mínimo, que será feito pelo genitor, se identificado, caso contrário o pagamento é de responsabilidade do Estado. Enfatiza também a prioridade no processo adotivo caso a mãe não queira assumir (BRASIL, 2007, p. 3).

Conforme o referido projeto de lei, será considerado crime hediondo, com penas que variam de um a três anos e multa se: causar a morte do nascituro, anunciar procedimentos ao aborto, utilizá-lo como experimento, referi-lo de maneira depreciativa fazendo apologia, incitando publicamente ou induzido a mulher a fazer o aborto (BRASIL, 2007).

Constatamos que entre 2007 e 2019, em todos os anos houve movimentação do projeto. O texto foi provado pela Comissão de Seguridade Social e Família em 2010, pela Comissão de Finanças e Tributação em 2013 e Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher em 2018 e deve continuar na pauta de discussão na câmara dos deputados em 2019, sendo sua última movimentação em março deste ano.

Vale ressaltar que existem diversos projetos de lei com tentativas de introduzir na Lei o direito à vida desde a concepção com propósito de criminalizar o aborto mesmo na forma já prevista no regramento legal. Como exemplo, destacamos o Estatuto da Família (PL 6.583/2013), o Estatuto da Reprodução Assistida (PL 6.998/2013) e o PL nº 50/2014 do Senado, que propõe introduzir no Estatuto da Criança e do Adolescente o conceito de primeira infância desde a concepção. Destaca-se também, a Proposta de Emenda à Constituição (PEC 50/2015), que indica

a alteração do Art. 5º da CF/88 com a explicitação da inviolabilidade da vida, desde a concepção.

A Lei nº 12.845/2013 que regulamenta sobre o atendimento obrigatório, imediato e integral as vítimas de violência sexual em todos os hospitais públicos ou conveniados ao SUS que tenham pronto-socorro ou serviços de ginecologia, também está em questionamento. A mesma fortalece as orientações das Normas Técnicas de prevenção dos agravos à violência sexual e é fortalecida pela revisão desta norma em 2005, onde elimina a exigência do Boletim de Ocorrência para o atendimento e pela Portaria nº 1.508 do MS que visa à proteção jurídica dos profissionais que realizam o procedimento, ambas dão suporte para ampliação dos serviços de referência ao aborto legal.

A referida lei enfrenta protestos dos segmentos conservadores que não reconhecem a legitimidade e competência dos profissionais de saúde para detectar os relatos e acreditam que devem ocorrer no âmbito policial, que propõem a revogação da Lei com a discussão de diversos PLs.

Cabe ainda destacar que Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da câmara dos Deputados, aprovou o texto do Projeto de Lei nº 5.069 de 2013, que propõe acrescentar o art. 127-A ao Decreto-Lei nº 2848 de 1940 (Código Penal) pena de detenção de 4 a 8 anos a quem orientar, prestar auxílio ou anunciar formas de provocar o aborto, ainda sob explicativa de redução de danos, incluindo profissionais da área da saúde com pena de detenção de 5 a 10 anos. Bastante movimentado no ano de 2015, o referido projeto se manteve sem movimentações nos anos seguintes (BRASIL, 2013).

No ano de 2017, a discussão sobre a PEC 181/2015 mobilizou diversos setores sociais contra sua aprovação, sendo nomeada como PEC “cavalo de troia”. A proposta original refere-se a extensão do direito trabalhista de licença-maternidade de 120 para 140 dias para os casos de partos prematuros. No entanto, por pressões da bancada religiosa, o texto original foi modificado, na medida em que incluiu no texto a alteração do inciso 3, artigo 1º da CF/88 com a adição da frase: “dignidade da pessoa humana desde a sua concepção”, e do artigo 5º com “a inviolabilidade do direito à vida desde a concepção” (BRASIL, 2015).

Dois pontos suscitam críticas ao PL, primeiro a comissão especial da câmara dos deputados que aprovou o texto estava composta em sua maioria por homens expressando pouca representatividade feminina na votação. E segundo, porque a

proposta tem objetivo subentendido de criminalizar o aborto até nas situações legais, interferindo, inclusive nos serviços especializados, violando também os compromissos internacionais para a atenção a saúde da mulher.

Pode-se analisar que a modificação do texto do PL foi uma resposta a decisão da 1ª turma do STF em 2016 de não considerar crime o aborto feito nas três primeiras semanas de gestação. A decisão refere-se a concessão do *Habeas Corpus* nº 124.306, que revogou a prisão preventiva de pacientes, médicos e funcionários, detidos no Rio de Janeiro em uma clínica clandestina. Foi analisado que:

A criminalização, nessa hipótese, viola diversos direitos fundamentais da mulher, bem como o princípio da proporcionalidade. 4. A criminalização é incompatível com os seguintes direitos fundamentais: os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, que não pode ser obrigada pelo Estado a manter uma gestação indesejada; a autonomia da mulher, que deve conservar o direito de fazer suas escolhas existenciais; a integridade física e psíquica da gestante, que é quem sofre, no seu corpo e no seu psiquismo, os efeitos da gravidez; e a 2ª igualdade da mulher, já que homens não engravidam e, portanto, a equiparação plena de gênero depende de se respeitar a vontade da mulher nessa matéria. (BRASIL, 2016. p. 1-2)

Os relatores também apontaram que a decisão levou em consideração de que praticamente em nenhum país democrático e desenvolvido considera interrupção da gravidez nas três primeiras semanas de gestação como crime, a exemplo da Alemanha, Portugal, França e Bélgica (BRASIL, 2016).

Considera-se essa decisão como um indicativo de compreensão mais democrática dos direitos humanos das mulheres e componente das conquistas em relação a ampliação ao aborto no Brasil. No ano de 2018 destaca-se também como conquista, a movimentação do debate sobre a ADPF nº 442/2017 que propõe não considerar crime a interrupção da gestação induzida e voluntária nas primeiras 12 (doze) semanas (BRASIL, 2017).

Como das poucas iniciativas de proposta legislativa para ampliação do direito ao aborto, apresentada pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), a ação fundamenta-se nos direitos expressos na Constituição Federal e nos tratados internacionais de Direitos Humanos ratificados pelo Brasil além de ser compatível com os fundamentos da dignidade da pessoa humana, da cidadania e da não discriminação, igualdade de gênero, proibição da tortura, trato desumano ou degradante, bem como fortalece o debate sobre a saúde da mulher e o planejamento familiar.(GALLI, 2018).

Galli (2018) analisa que essa historicamente o Poder Judiciário tem atuado pela promoção dos direitos sexuais e reprodutivo das mulheres. Contudo, o Congresso Nacional possui uma composição de maioria conservadora, que dificulta o tratamento laico e democrático do tema.

Os parlamentares contrários aos direitos sexuais e direitos reprodutivos se alinham com grupos religiosos e se organizam em frentes parlamentares com causas diversas, entre as quais: pelo modelo de família tradicional, constituída por homem e mulher; pelo reconhecimento do direito à vida desde a concepção do embrião; contra o aborto em qualquer circunstância, rejeitando inclusive, os três casos hoje permitidos por lei. (GALLI, 2018, p. 05)

Mesmo nesse contexto restritivo, foram mais de 180 pedidos de habilitação para exposição em audiência pública sobre a proposta. Foram pessoas físicas com potencial representativo, organizações não-governamentais, institutos de pesquisa, inclusive instituições de natureza religiosa, especialistas, pesquisadores e ativistas em saúde pública, direitos humanos, ciências sociais e religião. As exposições ocorreram entre os dias 3 e 6 de agosto de 2018, mais de 60 exposições foram feitas com posicionamentos contrário e favoráveis a ADPF, que segundo Galli (2018, p. 5) “ essa foi a primeira vez que o Supremo Tribunal Federal ouviu um número tão expressivo de diferentes abordagens, argumentos e vozes sobre o tema do aborto”. A proposta aguarda julgamento.

O ano de 2019 iniciou marcado pela tramitação do PL nº 2574/2019 que propõe a criminalização de abortos com má formação. Elaborado pelo senador Flávio Arns (REDE/PR) foi recebida pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) no mês de abril. Pode ser considerada como resposta a discussão da Comissão de Assuntos sociais (CAS) pela inclusão da infecção pelo Zika Virus como hipótese para aborto previsto em Lei, por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5581, que aborda a adoção de medida de vigilância em saúde em relação aos vírus da dengue, chikungunhya e zika.

Fica evidente que se com a redemocratização do Brasil conseguimos avançar em termos de concepção de saúde e de direitos, mudanças significativas em relação a saúde sexual e reprodutiva das mulheres com a formulação e implementação do PNAISM, debate de questões até então tabus na sociedade brasileira, a exemplo do aborto, que ganhou visibilidade tanto pelos números de vítimas, quanto de gastos para os cofres públicos com suas consequências, por outro, observamos ataques sucessivos às poucas legislações e serviços que garantem o aborto previsto em lei e

o atendimento às mulheres em situação de abortamento. Contexto em que interesses divergem entre direitos, moral, religião e que expressam diferentes concepções de mundo, de relações de gênero, de sexualidade e de reprodução.

4. O SERVIÇO SOCIAL E OS SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL EM TERESINA-PIAUÍ: entre o legal e o real

No início deste trabalho discorreremos sobre o percurso histórico do Serviço Social como profissão, analisamos os projetos profissionais que influenciam atualmente o exercício profissional das assistentes sociais, bem como os caminhos seguidos para atenção à saúde no Brasil.

Como já destacado, no decorrer de sua história, a profissão vivenciou diversos momentos de transformações, especialmente, no que se refere às orientações teóricas, metodológicas e éticas da ação profissional. Em fins da década de 1980, em um cenário marcado pelo aumento da pobreza, crítica e declínio da ditadura militar, disseminação das lutas em prol da redemocratização do Estado e da sociedade, o movimento de intenção de ruptura com o conservadorismo avança e torna-se hegemônico no seio da categoria, com a instituição de um projeto profissional construído coletivamente, voltado para as classes subalternizadas, subsidiado pela teoria social marxista (e não mais pela perspectiva positivista) para leitura da realidade, compromisso com a defesa intransigente dos direitos humanos, bem como, para o fortalecimento da luta pelos direitos da classe trabalhadora.

Conseguimos visualizar que a profissão, ao assumir um novo compromisso ético e político, gradualmente aproximou-se das discussões do movimento feminista brasileiro e conseqüentemente trouxe, para sua zona de debate, a defesa aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Nesse cenário, inseriu a temática do aborto como pauta de luta da profissão e vem construindo, mesmo que de forma tímida, o debate sobre essa questão.

No que se refere ao debate ao aborto no Serviço Social brasileiro, as reflexões teóricas e metodológicas ocorreram de forma tímidas, tanto no âmbito da formação profissional como nos espaços sócio ocupacionais, o que faz do debate, uma necessidade.

Ao analisarmos a organização dos serviços de aborto legal na realidade de Teresina, no Estado do Piauí, no esforço de apreender as ações desenvolvidas, bem como, o exercício profissional das profissionais de Serviço Social no contexto de uma equipe multiprofissional, verificamos o quanto precisamos avançar para se contrapor ao conservadorismo que criminaliza o aborto, as mulheres que o fazem e quem luta

por sua descriminalização com base em dimensões éticas, sociais, políticas e de saúde pública.

Desse modo, expusemos nesse capítulo o perfil profissional, a dinâmica do trabalho desenvolvida, os fundamentos teórico-profissionais que orientam as ações profissionais das assistentes sociais, as concepções profissionais sobre a temática do aborto com foco na apreensão das limitações profissionais vivenciadas e as contribuições do Serviço Social no serviço de atendimento especializado às vítimas de violência sexual.

A cidade de Teresina foi escolhida para pesquisa, dada escassez de estudos sobre o aborto legal em articulação com o exercício profissional de assistentes sociais no contexto dos serviços que realizam o aborto legal na realidade Piauiense. Teresina é a capital do Piauí, possui uma população estimada pelo censo de 2010 de 814.230 mil habitantes, dos quais 433.618 são mulheres, o que corresponde a 53,3% da população geral, com predominância de faixa etária de 30 a 39 anos (133.574 mil), urbana (767.557 mil), 489.354 mil pessoas autodeclaradas de cor Parda e com religião católica apostólica romana (642.822 mil pessoas). (IBGE, 2019).

No ano de 2017, a população ocupada correspondia a 35,9%, o salário médio mensal dos trabalhadores formais vigente era de 2,8 salários mínimos e a taxa de escolarização de 6 e 14 anos de idade de 97,8%, (IBGE, 2019).

Segundo a Prefeitura Municipal de Teresina (PMT) no ano de 2016, uma pesquisa com 1000 mulheres constatou que 74,25% das teresinenses com idade de 15 e 49 anos apresentavam melhores níveis educacionais que os homens (68,8%) nessa mesma faixa etária. No entanto, a situação é diferente em relação às oportunidades ao mercado de trabalho, onde os homens (82,8%) tem mais acesso do que as mulheres (78%). Destarte, o rendimento mensal da ala feminina era 15,5% a menor do que o dos homens nos mesmos postos e condições (PMT, 2018).

No que se refere a violência doméstica e familiar contra as mulheres da capital piauiense, a violência psicológica foi a que teve maior prevalência, seguida da violência física e sexual.

Mulheres jovens (18 a 29 anos), pardas e sem religião declarada reportam mais violência que os outros grupos. A violência sexual é mais relatada por mulheres brancas que negras e pardas. Quando analisados à luz da questão racial, os dados sobre violência devem levar em consideração os obstáculos para acesso a direitos para mulheres negras e o racismo institucional. Esses

obstáculos contribuem para que as mulheres negras vivam as situações de violência de forma mais naturalizada. (PMT, 2018, p. 22)

É importante destacar que a capital conta com uma rede de enfrentamento e de atendimento às mulheres em situação de violência. A Rede é composta por instituições e serviços especializados, organizações não governamentais e comunidade que atuam segundo orientação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Trata-se de serviços e instituições que devem desenvolver suas ações de forma articulada com o propósito de efetivar estratégias de prevenção e de políticas que garantam os direitos humanos das mulheres, sempre com uma assistência qualificada. Entre os serviços para o atendimento às mulheres vítimas de violência destacamos as delegacias especializadas, centros de referência, de saúde, assistência social, defensoria pública, organizações não governamentais que contam com equipes multiprofissionais e prestam atendimentos especializados a criança e adolescentes, mulheres e idosas.

Os Serviços de Saúde voltados ao atendimento de casos de violência sexual constituem espaços sócios ocupacionais de assistentes sociais, enquanto membro da equipe multiprofissional. Serviços que desenvolvem (ou deveriam desenvolver) seu trabalho consoante o Ministério da Saúde, da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, prestando assistência médica, de enfermagem, psicológica e social às mulheres vítimas de violências sexuais, inclusive quanto à interrupção da gravidez prevista em lei nos casos de estupros.

Para a PMT (2018, p. 33) dos atendimentos feitos em rede, 1/3 foram encaminhados para os serviços de saúde, “nem sempre sensíveis às especificidades de gênero e violência”, com exceção aos serviços especializados em violência sexual.

Na cidade de Teresina o referido serviço foi organizado atendendo às orientações do Ministério de Saúde, como público, gratuito e universal e representa assistência à saúde da mulher vítima de violência sexual. Através de uma equipe multiprofissional, visa proporcionar um atendimento com atenção psicológica, social e médica. As usuárias desse serviço de saúde têm acesso a ações de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, anticoncepção de emergência, assistência ao pré-natal, bem como orientações sobre o acesso a interrupção da gestação, conforme as condicionalidades preconizadas pela lei.

4.1 A organização dos serviços de aborto legal em Teresina-Piauí

Seguimos com a premissa de que o aborto legal é um direito humano, sexual e reprodutivo. Neste sentido, a OMS (2013) orienta que os serviços especializados para interrupção da gestação prevista em lei devem ser integrados aos sistemas de saúde de cada país, sejam eles públicos ou sem fins de lucro. Financiados pelo fundo público para garantir o reconhecimento da condição de serviços de saúde legítimos e para proteger os profissionais de saúde do preconceito e discriminação. Ressalta também que a organização e a gestão dos serviços devem seguir padrões e normas de acordo com os preceitos da lei.

Como visto no capítulo anterior, existem diversas normas e legislações que orientam sobre o direito ao aborto no Brasil. Prerrogativas legais importantes, mas, que não resultou na imediata organização e implementação dos serviços públicos de saúde para garantia desse direito.

O Piauí, seguindo a lógica de outros Estados brasileiros, teve a organização dos serviços de interrupção da gestação centrados para atenção à violência sexual como foco na prevenção e tratamento de agravos resultantes desse tipo de violência. Em março do ano de 2002, com a iniciativa do Ministério Público para atender as propostas do Ministério da Saúde, foi criado em sua capital o Projeto Maria-Maria, serviço ambulatorial ao atendimento as vítimas de violência sexual, com vistas à prevenção de possíveis sequelas decorrentes dessa violência.

O projeto objetivou prestar um atendimento de forma integrada, com o suporte de psicólogos, assistentes sociais, médicos peritos e ginecologistas para evitar que a vítima recorresse a diferentes instituições e para que pudesse receber um atendimento de forma humanizada.

Lopes et al. (2004) ao descrever as características da violência sexual e das vítimas atendidas nesse projeto, analisaram 102 casos entre março de 2002 e março de 2003. Constataram que a idade das vítimas variava de 1 a 68 anos de idade e 65,7% eram menores de 20 anos, sendo que 1 em cada 4 tinha até nove anos de idade. Observaram também que a maioria era solteira (78,3%), com baixa escolaridade (74,2%) e que as crianças foram vítimas exclusivamente de homens conhecidos.

A pesquisa não cita e nem faz referência ao procedimento de interrupção da gestação, no entanto, ressaltamos o projeto como importante iniciativa voltada para atenção à violência sexual e seus agravos, ao verificar que o crime de estupro

apareceu em 66,4% dos casos, situação em que o risco da gravidez indesejada poderia ter se feito presente como uma consequência desse tipo de violência.

Para analisar a estruturação e organização dos serviços especializados para o aborto legal na realidade de Teresina, destacamos como principais lentes orientadoras dos serviços as Normas Técnicas: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (1999, 2005, 2012) e Atenção Humanizada ao Abortamento (2005 e 2013).

A primeira é bem clara quando a organização da atenção à saúde:

As unidades de saúde que tenham serviços de ginecologia e obstetrícia constituídos devem estar capacitadas para o atendimento a esses casos. O limite de atuação de cada unidade depende da disponibilidade de recursos e situações de maior complexidade podem requerer mecanismos de referência e contra referência. A elevada prevalência da violência sexual exige que o maior número possível de unidade de saúde esteja preparado para atuar nos casos de emergência. O atendimento imediato aos casos de violência sexual recente permite oferecer medidas de proteção, como a anticoncepção de emergência e as profilaxias das DSTs, hepatite B e HIV, evitando danos futuros para a saúde da mulher. Por outro lado, a atenção ao abortamento previsto por lei necessita de maiores recursos, o que reserva esta etapa do atendimento para unidades de saúde específicas. Compete aos gestores municipais e estaduais implantar, implementar e garantir sustentabilidade e o maior número possível de serviços de referência. Cabe, também, aos gestores e diretores dos serviços de saúde a implantação de mecanismos de avaliação permanente das ações desenvolvidas (BRASIL, 2012, p. 18).

Com base nessas orientações no Ministério da Saúde iniciou no Estado do Piauí em outubro de ano de 2004, através da Secretaria Estadual de Saúde (SESAPI), a estruturação dos serviços especializados de atendimento as mulheres vítimas de violência sexual. Em conformidade com a norma técnica, a assistência à saúde da mulher em situação de violência foi organizada utilizando o espaço físico, estrutural e de recursos humanos de uma maternidade pública de referência, localizada na cidade de Teresina, aqui identificada como Maternidade X.

A instituição é administrada pela Secretaria Estadual da Saúde do Piauí (SESAPI) e mantida em conjunto com o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Rede Cegonha. Apresenta-se no contexto piauiense como referência nos cuidados de saúde materno-infantil, presta assistência médica, hospitalar e ambulatorial com (atenção básica, média e alta complexidade), além de ser um hospital especializado no atendimento aos casos de gravidez de alto risco.

Com capacidade ocupacional de grande porte possui um total de 157 leitos obstétricos, com Unidade de Tratamentos Intensivos (UTI), Gestação de Alto Risco

(GAR), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado Intermediário Canguru (UCINCa) e leitos de alojamento conjuntos. É considerada uma das maiores maternidades do Estado do Piauí e responsável por 63% dos nascimentos ocorridos na capital Teresina e apresenta uma média de 1200 internações por mês.

A Maternidade X tem como público-alvo mulheres gestantes e puérperas, recém-nascidos e crianças de até cinco anos, com assistência qualificada através de equipe multiprofissional especializada. É uma unidade auxiliar ao Ensino, Pesquisa e Extensão ao prestar serviços direcionados à formação a profissionais de saúde em graduação e pós-graduação, conforme a Política Nacional de Humanização/SUS, além de desenvolver residência médica na área da enfermagem e medicina.

Destacamos como principais serviços ofertados: consultas, exames complementares, internações, atendimento de urgência e emergência, obstetrícia, serviço de atenção à mulher vítima de violência, atendimentos ambulatoriais (pré-natal de alto risco, gravidez na adolescência, ginecologia, planejamento familiar, pediatria, odontologia, enfermagem, serviço social, nutrição, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia e imunização-vacinação).

Sobre a utilização desse serviço de saúde de referência para organização do serviço de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual a entrevistada destaca:

Se não fosse um serviço que estivesse uma maternidade como a Maternidade X, ele jamais conseguiria os objetivos, por que a gente utiliza todos os serviços daqui, basicamente todos, com poucas exceções[...] Quando a paciente é atendida aqui,[...] Se ela precisar de uma ultrassonografia, caso suspeita de gravidez ou dosagem de beta HCG é feito na hora, a gente consegue que seja feito de urgência[...] A assistente social é daqui da maternidade, a enfermeira que vem dar a medicação de urgência aqui no serviço é da Maternidade, a psicóloga que a gente tem é da Maternidade.[...] Então por isso que o serviço é estruturado, porque se fosse em outro ambiente, em um serviço de urgência qualquer, ele jamais teria a possibilidade dessa assistência. A direção da Maternidade X sempre colaborou com tudo que a gente pede, é lógico que a administração do serviço é importante, solicitar as coisas, organizar, ir buscar porque se não tivesse uma coordenação eficiente, o serviço também não funcionaria (MÉDICA 1).

Embora ofereça essa variedade de serviços, a instituição não apresenta de forma transparente informações sobre a disponibilidade dos procedimentos legais e seguros para interrupção da gravidez prevista em lei.

No site oficial da SESAPI há uma seção específica sobre informações a respeito da saúde da mulher, apenas, com informações sobre a missão, visão, objetivos e atribuições das supervisões da Secretaria de Saúde da Mulher. No entanto, não há esclarecimentos sobre as condições de acesso nem sobre os serviços de referência para abortamento legal.

O site cita a temática do aborto apenas em dois momentos. O primeiro como um objetivo da Política de Saúde da Mulher, de promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo assistência ao abortamento em condições inseguras. E o segundo como um objetivo da Comissão de Pré-Natal, Parto e Puerpério de acompanhar os indicadores da atenção básica relativos à consulta de pré-natal, taxa de cesariana, abortos e óbitos maternos.

Ao ativar a ferramenta de busca rápida do site oficial da SESAPI, não encontramos nenhuma notícia que apresentasse no título as palavras “aborto legal”. Na opção “busca avançada”, incluímos o título “aborto” para procurar notícias que no conteúdo contivesse a palavra, obtivemos o total de 22 matérias, com data de publicação entre os anos de 2004 a 2019. A maior parte das matérias referia o aborto como causa de mortalidade materna, mas o principal assunto discutido se referia aos planos e pactos da secretaria de saúde que objetivava estratégias de redução da mortalidade materna no Estado.

Algumas matérias citavam também a realização de seminários sobre atenção obstétrica, que tinha o aborto como tema de mesa redonda, capacitações sobre os serviços especializados ao atendimento de mulheres vítimas de violência, esse conteúdo será explicitado com mais profundidade nos próximos tópicos seguintes.

Apenas em uma matéria, publicada em abril do ano de 2019, publicada no site oficial da SESAPI, faz referência a informações sobre o acesso ao serviço de abortamento legal para os casos de violência sexual realizado pela Maternidade X. Nesse sentido, é esclarecido que a instituição adota critérios normativos do Ministério da Saúde, entre eles, avaliação médica feita pelo ginecologista, avaliação psicológica e social. Em seguida o processo é encaminhado para uma Comissão de Ética Médica da própria instituição que, depois de uma avaliação e sob justificativa, apresenta um parecer para realização ou não da interrupção da gestação (LAGES, 2019).

O diretor da instituição explica, nessa mesma matéria, que o serviço especializado ao atendimento de mulheres vítimas de violência sexual não tem a função de realizar o procedimento de abortamento legal, mas apenas, de amparar a

mulher vítima de violência sexual. Segundo ele, é necessário que existam elementos que fundamentem a gravidez como resultante de estupro para aprovação da Comissão de Ética. Apesar de não explicitar quais são esses elementos, acreditamos que ele se refere aos procedimentos de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez, conforme preconiza a Portaria nº 1.508/2005 do Ministério da Saúde. (LAGES, 2019)

Considerando a disponibilidade de informações sobre o acesso ao procedimento de aborto legal, Paes, Borges e Rocha (2018) realizaram pesquisa entre junho e agosto de 2018 sobre a transparência e divulgação de informações sobre o aborto legal no Brasil e constatou que o Estado do Piauí e a capital Teresina, possuem grandes fragilidades sobre a divulgação de informações desse tema.

Os sites publicam informações dispersas sobre direitos sexuais e reprodutivos (e é possível encontra-las em artigos e notícias quando ativamos a ferramenta de busca), no entanto elas não estão sistematizadas em uma seção específica. É o caso dos sites das secretarias de saúde dos estados da Paraíba, do Paraná, de Goiás e das cidades de **Teresina**, Belo Horizonte e Campo Grande (PAES, BORGES e ROCHA, 2018, p. 16).

O Estado do Piauí faz parte do grupo de 25 estados brasileiros que não publicam a lista de serviços ou unidades hospitalares em condições de oferecer suporte ao abortamento legal, e Teresina no grupo das 18 capitais que não fazem o mesmo (PAES, BORGES e ROCHA, 2018).

O site oficial da Maternidade X apresenta uma seção especial com informações sobre o serviço especializado no atendimento às vítimas de violência sexual. No entanto, não apresenta informações sobre o acesso e as condicionalidades ao abortamento legal, cita apenas a prevenção de gravidez indesejada como uma das competências do serviço.

Conforme uma matéria publicada no site oficial da SESAPI, em uma notícia sobre os atendimentos às mulheres vítimas de violência sexual, a Maternidade X é o único serviço de saúde do Estado do Piauí com autorização do Ministério da Saúde para realização dos procedimentos de abortamento legal.

No entanto, constatamos que no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde, embora o Estado do Piauí apresente o registro de 9 Serviços Especializados na Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, que inclui Teresina, há registro de apenas 1 Serviços de Atenção à Interrupção

de Gravidez nos Casos Previstos em Lei, que não se refere a capital, mas sim ao município de Picos, conforme (Anexo 4). Dessa maneira, embora realize a assistência ao abortamento legal a Maternidade X ainda não apresenta cadastro no sistema do CNES²⁶.

A Norma Técnica de Prevenção aos Agravos Resultantes da Violência Sexual do ano 1999, serviu como amparo legal para a estruturação do serviço de atenção às vítimas de violência sexual que se organizava em Teresina. Essa norma reconheceu o atendimento à mulher com gravidez decorrente de estupro ao orientar sobre os documentos e procedimentos obrigatórios para interrupção da gravidez. A entrevistada ao ser questionada sobre como ocorria os procedimentos de aborto legal antes desse serviço especializado, respondeu:

Não tenho nenhuma informação. O serviço de aborto legal ele não é do serviço de atenção a vítima de violência sexual, ele é da maternidade. [...] O serviço de interrupção à gravidez é diferente de aborto legal. O de interrupção da gravidez por anencéfalos, por risco da saúde da mulher que também entra no processo de interrupção da gravidez, ele é feito via recepção da maternidade, pra cá só vem com indicação por estupro, gravidez por estupro (MÉDICA 1).

Com base no exposto acima é interessante explicitar que a Maternidade X, mesmo não apresentando registro no CNES, é referência na atenção à saúde da mulher e realiza os procedimentos de interrupção da gravidez nas três situações legais: quando a gestação apresentar risco de morte à mãe, quando o feto for anencéfalo e quando gestação for decorrente de estupro. Os dois primeiros casos, não necessitam de um serviço próprio para as situações legais, visto que, apresenta-se como uma demanda espontânea da instituição, de acordo com os acompanhamentos pré-natais.

Já o terceiro caso, conta com o apoio do serviço especializado na atenção as mulheres vítimas de violência sexual como colaborador na perspectiva de um atendimento humanizado e acolhedor com uma atenção social, psicológica e médica. Os profissionais participantes dessa pesquisa compõem a equipe multiprofissional desse serviço. Nesse sentido, vale ressaltar que a equipe não é exclusiva deste, fazem parte do quadro de profissionais da Maternidade X.

²⁶ Conforme um informe do Ministério da Saúde sobre os Serviços de Atenção a Pessoa em Situação de Violência Sexual, até o ano de 2015, 27 instituições públicas de saúde apesar de realizarem assistência não apresentaram registro no CNES, reconhece a importância da . Disponível em: < <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/07/Informe-3-21.03.16.pdf>>.

As duas Normas Técnicas do Ministério da Saúde (2011 e 2012) indicam que o atendimento seja prestado por equipe interdisciplinar composta por assistentes sociais, médicas(os), psicólogas(os) e enfermeiras(os), sendo possível para os casos de maior complexidade acrescentar a equipe outros especialistas em pediatria, traumatologia, psiquiatria, entre outros. Com exceção do profissional de medicina, a falta de um ou mais profissionais não inviabiliza o atendimento. É necessário que esses profissionais estejam sensibilizados e capacitados em perceber as questões relativas à violência contra a mulher como um fenômeno social capaz de interferir seriamente na saúde da mulher. (BRASIL, 2011a; 2012).

Brasil (2012) indica que a composição da equipe selecionada para o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual possa variar conforme a disponibilidade dos recursos humanos das unidades de saúde que ofertarem os serviços. Em relação a essa questão uma das entrevistadas pontua:

Desde o início, nós abraçamos essa ideia de fazer atendimento à mulher vítima de violência, vendo os treinamentos, os contextos, mas ele começou dessa forma meio torta. Primeiro a própria estrutura do atendimento, não teria uma equipe própria [...] mesmo profissional do hospital fomos chamadas para o atendimento nesse serviço. Anos e anos, com reuniões anuais, com a equipe, pra avaliação, com a equipe da Secretaria de Saúde e a gente sempre levava esse questionamento do formato, por que não concordava com esse formato, mas sim um formato que houvesse uma equipe própria pra esse atendimento, com profissionais designados pra formar essa equipe, capacitados pra isso e não profissionais que estão no atendimento na admissão, mas isso se mantém até hoje. A gente não conseguiu mudar esse padrão, né. (ASSISTENTE SOCIAL 7).

Em conformidade com as Normas Técnicas, as normativas (Lei nº 12.845/2013, Decreto nº 7958/2013, Portarias nº 485/2014, nº 2.415/2014 e Portaria Interministerial nº 288/2015) que orientam sobre o atendimento, diretrizes, funcionamento, procedimentos e organização dos serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual, reconhecem a necessidade de uma equipe multiprofissional para o atendimento a esse público, mas não fazem exigência de uma equipe própria e específica para os atendimentos, orienta que a equipe dos serviços de referência devem ser compostas pelas especialidades anteriormente citadas.

Diniz e Madeiro (2016) apontam que a composição da equipe profissional ainda é um obstáculo para a maioria desses serviços especializados, devido a pequena disponibilidade de profissionais que se disponibilizam para esse serviço, mesmo assim a presença deles apresenta um compromisso dos serviços de saúde

na assistência integral às mulheres vítimas de violência sexual. No entanto, “a inexistência de uma equipe médica específica para realização do aborto faz com que o atendimento à mulher eu busca a interrupção da gravidez seja mais demorado e, por vezes, impossibilita o aborto” (DINIZ e MADEIRO, 2016, p. 568)

Observamos que o serviço especializado na cidade de Teresina, atende as normativas quanto aos profissionais de referência. Como explicitado, o serviço, utiliza os profissionais da Maternidade X, 14 assistentes sociais, 1 psicóloga, 3 enfermeiras e 7 médicas legistas, todas em regime de plantão.

Embora o serviço esteja disponível para atendimento 24h por dia, todos os dias da semana, a psicóloga atende por agendamento, as assistentes sociais organizam-se em uma escala interna conforme seus horários de trabalho na Maternidade X e as 7 médias legistas, 5 são da instituição e 2 do Instituto Médico Legal, que se apresentam no serviço conforme a demanda de atendimento. Sobre a equipe a profissional explica:

Atualmente a gente funciona com uma equipe multiprofissional, que ela é composta cada dia por um grupo, participa dessa equipe a médica legista, assistente social, psicóloga, enfermeira, sendo que nem todas essas pessoas atendem na hora que a pessoa chega (MÉDICA 1).

Sobre como ocorre o atendimento à mulher vítima de violência sexual as profissionais esclarecem:

*Quando a pessoa chega, que adentra o Serviço, ela geralmente vem ou com a conselheira tutelar, um parente, seja quem for um responsável, **ela traz esse boletim de ocorrência**, é aberto um prontuário pela maternidade e também pelo Serviço, porque o arquivo daqui tem documentos legais que não podem ser liberados. No momento que ela adentra, se ela tem até 18 anos é comunicada ao Conselho Tutelar, mas a maioria dessas crianças e adolescentes já vem com esse termo, já vem as vezes até com a conselheira da cidade ou daqui mesmo [...] é feito entrevista com assistente social, é comunicado ao médico do dia que é de sobre aviso que vem fazer o exame médico-pericial, [...] a gente procura fazer um chamado a psicóloga mas na maioria das vezes atendimento a psicóloga é agendado. Na entrada, a pessoa é atendida pela assistente social e pela médica, então após o atendimento, se ela for selecionada, se for uma pessoa que a necessidade ela vai fazer as medidas protetivas da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis, então ela recebe a pílula do dia seguinte recebe. Se ela tiver dentro do prazo que a medicação atua vai receber a medicação para não adquirir sífilis, gonorreia, e essas doenças sexualmente transmissíveis que a pessoa pode ser contaminada.[...] Se o caso requer também vai ser vacinada, receber hemoglobina para Hepatite, para HIV, toma também aqui entre as medicações para sífilis, no esquema do próprio Ministério da Saúde, e ela ao sair daqui ela é orientada fazer um retorno. O Serviço criou ambulatório de violência sexual que funciona toda quinta-feira no Instituto de Perinatologia, [...] lá ela continua fazendo atendimento até um ano e meio dois anos, de acordo com o caso. Ela é aconselhada também a ver como é que tá o*

processo dela, às vezes a gente faz um atendimento tipo social, liga para a delegada para saber como é que tá o caso, esse é o atendimento lá do ambulatório (MÉDICA 1- grifo nosso).

A profissional de Serviço Social complementa:

*Assim, se inicialmente ela não sabe o que é o serviço ela precisa ser orientada do que se trata esse serviço. Então isso é uma coisa que eu tenho sempre cuidado em relação a minha conduta aqui no atendimento, mas o que que acontece, uma coisa que eu também sempre olho, **leio o boletim de ocorrência** pra que aquela vítima não repita o que aconteceu, porém, [...] algumas coisas a gente tem que perguntar como foi que aconteceu. A minha primeira conduta, no meu atendimento, é perguntar pra ela se ela sabe o que é o Serviço, por que muitas delas não sabem por que vieram parar aqui, eu acho que pelo menos, nós devemos fazer essa orientação, então eu procuro explicar o que é, como vai ser feito o atendimento, inicialmente por nós, do Serviço Social, que estaremos fazendo algumas perguntas e depois chega a médica pra fazer o atendimento, inclusive dizendo que ela é uma legista, ginecologista, principalmente quando a gente pega adolescente que não sabe que vai ter que olhar a vagina, assim, eu já preparo tanto a mãe, como adolescente de como vai ser, pra não chegar assim de cara pra fazer o exame (ASSISTENTE SOCIAL 5 – grifo nosso).*

Diante desses relatos observa-se que o serviço segue as orientações das normas técnicas ao passo que a vítima que adentra ao serviço é atendida por equipe multiprofissional. A profissional de Serviço Social demonstra uma ação profissional com vistas no acolhimento e orientação sobre do que se trata o serviço e as etapas do atendimento.

O acolhimento é elemento importante para a qualidade e humanização da atenção. Por acolher entenda-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos(as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência. [...]. As mulheres em situação de violência sexual devem ser informadas, sempre que possível, sobre tudo o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância de cada medida. Sua autonomia deve ser respeitada, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento (BRASIL, 2012, p. 21).

No entanto, conforme observado, cabe explicitar que a partir da revisão da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento aos Agravos a violência sexual feita em 2005 e 2012 e da Portaria nº 1.508 de 1º de setembro de 2005, a exigência de apresentação do Boletim de Ocorrência Policial e o Laudo do IML para o atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal. Os profissionais devem orientar sobre esses procedimentos as vítimas após o atendimento de saúde.

A realização do Boletim de Ocorrência, conforme a Norma Técnica, aparece no quadro de registro de encaminhamentos como uma providência a ser instituída, assim “após o atendimento médico, se a mulher tiver condições, poderá ir à delegacia para

lavar o Boletim de Ocorrência Policial, prestar depoimento, ou submeter-se a exame pelos peritos do IML” (BRASIL, 2012, p. 26)

Apesar do amparo legal da não obrigatoriedade do Boletim de Ocorrência, constatamos que no serviço especializado as mulheres vítimas de violência sexual da cidade de Teresina, mesmo que as profissionais dos serviços reconheçam sobre a não exigência, o documento é considerado como importante para o atendimento, principalmente pelas médicas legistas.

Assim ao questionarmos sobre exigência do Boletim de Ocorrência para a situação de solicitação para interrupção da gravidez as profissionais relataram:

Pra entrar no processo de aborto legal sim, não pode só dizer. Chegou aqui eu quero abortar, não pode, não pode. Porque? Por que você tem o médico também tem que se proteger, tem que ser tudo legalizado[...] 99% já vem com boletim de ocorrência, mas ela não se limita a não atender a quem não vem com boletim, é também atendida. Mas a gente sempre procura estimular que essa pessoa faça o boletim de ocorrência. Por que só assim que ela inicia as medidas protetivas em relação a violência, se não até a médica que vem fazer o exame aqui, ela não pode dar nenhum atestado, é uma coisa mesmo só de orientar a saúde. (MÉDICA 1).

Eu li a portaria, o protocolo, sobre o abortamento, de setembro de 2006 em nenhum momento fala do B.O, mas por que que se pede? Por que no momento que eu formalizo essa denúncia eu tenho como buscar esse agressor. E esse agressor tem que ser punido, né. [...] Embora não sendo necessário apresentar o boletim de ocorrência pro aborto, segundo o estado, a portaria, mas é necessário por que se você não tem como apontar o possível agressor você não pode correr atrás, acho que isso e é uma coisa que tem que se deixar bem claro, é necessário se faça, para buscar a pessoa que fez isso. Eu vejo, nesse âmbito sou a favor de que se faça. Não se pode negar o atendimento, de forma alguma, mas se você quiser, tem que mostrar o documento, tem que fazer o B.O pra poder está assegurado juridicamente. (ASSISTENTE SOCIAL 1).

Sobre essa questão, profissionais de serviço social, fazem, de certa forma uma denúncia:

*Sobre o aborto a orientação primeira foi B.O, inclusive a atendente né[...], só chama o médico se realmente tiver o B.O, se não tiver não atende. Durante minha atuação eu sempre achei o serviço muito voltado pra questão jurídica, em primeiro lugar, e de saúde. Outros aspectos acho que não são considerados aqui. Primeiro a imposição, pra que a mulher pudesse dar entrada num pedido de aborto, a questão do B.O. Esse registro de boletim de ocorrência em delegacia até mesmo pra acessar o serviço. Houve uma reportagem, uns meses atrás, acho que foi no fantástico não me lembro, a matéria dava a entender que o Serviço era aberto a receber a demanda pra aborto né, mediante só a solicitação da mulher, só que na prática **a gente via que precisava ter esse B.O, pra que ela fosse atendida aqui. Ela tinha que passar por isso mesmo a gente sabendo que ela não precisava né.** E aqui dentro eles seguem à risca o que a lei pede né, eles tentam até inclusive se prevenir de processos no futuro, e aí pedem esse B.O pra que fique registrado na delegacia. (ASSISTENTE SOCIAL 2 - grifo nosso).*

*A gente tem uma discussão de diferentes opiniões, por exemplo, eu acho que essa mulher tem que vir e ser atendida independente dela ter feito boletim de ocorrência, ou não, ela vem atrás de serviço de saúde, **porém as legistas não fazem o atendimento sem o boletim de ocorrência**, então o que que acontece, essa vítima vem, ela volta, pra depois voltar pra fazer o atendimento, por que elas exigem o **boletim de ocorrência**. Eu mesma já fiz vários questionamentos. (ASSISTENTE SOCIAL 5 – **grifo nosso**).*

Conforme a Brasil (2012), na situação de estupro, o Código Penal não faz referência ou exigência a qualquer documento para interrupção da gestação, a não ser o consentimento da mulher. A realização do procedimento não pode ser condicionada a decisão judicial que sentencie ou decida se ocorreu ou não a violência. A lei penal também não exige alvará ou autorização judicial para o abortamento de gestações decorrentes de violência sexual, o mesmo cabe para o Boletim de Ocorrência Policial e para o Laudo do Exame de Corpo de Delito, feito pelo IML.

Embora esses documentos possam ser desejáveis em algumas circunstâncias, a realização do abortamento não está condicionada a apresentação dos mesmos. Não há sustentação legal para que os serviços de saúde neguem o procedimento caso a mulher não possa apresentá-los. (BRASIL, 2012, p. 71).

A norma técnica de Prevenção e Tratamento aos Agravos da Violência Sexual considera que os profissionais de saúde devem orientar as mulheres sobre as providências policiais e judiciais, no entanto, o objetivo dos serviços de saúde é garantir o direito de acesso ao direito à saúde e não cabe aos profissionais duvidar da palavra da vítima, assim “seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados a Polícia ou a Justiça” (BRASIL, 2012 p. 69). De forma contraditória a norma uma profissional comenta:

Já teve caso aqui de uma mulher que chegou dizendo que tinha sido vítima de estupro lá na praia de Atalaia, no laudo do estupro estava grávida, aí a gente começou a desconfiar um pouco do que ela contava, tudo mais, nessas entrevistas a gente sente que a pessoa não está firme nessa história. [...] Então por isso é que o, todo processo de aborto legal, ele tem que ser bem documentado, tem que ter testemunha, tem que fazer entrevista com várias pessoas. (MÉDICA 1).

Sobre esse ponto, Villela (2011) sugere em seus estudos que os profissionais não dão crédito as afirmações das mulheres quando ao estupro, pois, pressupõem que elas mentem em relação a ocorrência da violência. Em consonância, Diniz et al. (2014) em uma pesquisa sobre a situação de estupro nos serviços de aborto legal

verificou a existência de um regime compartilhado entre os serviços de suspeição a narrativa da mulher sobre o estupro.

Ser vítima de estupro, ou seja, atestar o acontecimento da violência, não é suficiente para garantir a mulher o direito ao aborto legal: é preciso ainda assegurar que a gestação tenha sido resultado do estupro narrado [...]. A palavra da mulher, nesse sentido, é colocada sob suspeita e não é suficiente para o acesso ao serviço de aborto (DINIZ et al. 2014, p. 295 – 297).

Sobre os atendimentos as mulheres em situação de gravidez decorrente da violência sexual, as normas técnicas orientam que é necessário o esclarecimento sobre as alternativas legais quanto ao destino a gestação e sobre os serviços de saúde ao qual elas têm direito.

Deve ser esclarecido sobre a manutenção da gestação até o seu término com garantia aos cuidados pré-natais, informações completas e precisas sobre as alternativas após o nascimento, com as opções de permanecer com a criança ou proceder com os mecanismos legais de adoção. Nessa última situação, é responsabilidade dos serviços de saúde providenciar as medidas necessárias junto a rede de atendimento para garantir o processo regular de adoção. É direito também dessas mulheres a orientação sobre a possibilidade de interrupção da gestação conforme o Decreto-Lei 2.848 de 1940, artigo 128, do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 2012).

Sobre tais esclarecimentos as profissionais relataram:

Aqui o termo de consentimento onde ela é informada, da possibilidade de manter a gestação até o seu término, sendo lhe dada os cuidados de pré-natal e parto. E quando ela vem para o parto, a gente orienta que ela pode vir direto pra cá que fazemos uma internação especial. Geralmente bota num quarto separado, pra poder ela ter um atendimento diferenciado, que tem muitos curiosos e tal. Então essa é uma das coisas que são oferecidas a ela, quando ela está grávida. A outra, são as alternativas após o nascimento, a equipe de assistente social, olha você, não obrigatoriamente deve interromper a gravidez, você pode, tem muita gente aí, tem uma lista de pessoas que querem adotar, então se ela não quiser nem ver o neném, já encaminha, entendeu? Então ela é informada que a gente dá toda a assistência pré-natal e ao parto, depois, a gente da escolha dela ficar com a criança, de fazer toda uma visita de consulta de inserir na família, ou proceder com os mecanismos legais de doação, além do aborto. E ela assina esse termo (MÉDICA 1).

Quando o feto já está bem desenvolvido eu oriento nos meus atendimentos, que o aborto é crime, mas a entrega da criança não é uma questão ilegal, então faço uma sensibilização das mães já que ela não tem condições de criar e não quer, que ela entregue, que a gente faz todo o tramite da questão do processo da adoção [...] Já teve várias que a gente fez esse acolhimento,

explica. Na maternidade a gente pega muito caso de mães, que o acompanhante já é uma pessoa interessada na criança. Então assim, a gente orienta que isso é crime, que tem todo o tramite legal, mas também a gente faz a sensibilização de que ela não pode abandonar, não pode maltratar, então se ela tiver realmente o interesse de entregar a criança que ela comunique a equipe que a gente toma as providencias necessárias (ASSISTENTE SOCIAL 5).

A partir desses relatos, observa-se que a profissional oferece um tratamento diferenciado para mulher que decide sobre prosseguimento a gestação. As normas técnicas orientam que os profissionais devem atuar como facilitadores do processo de tomada de decisão, buscando sempre uma capacidade de escuta sem julgamentos ou imposição de valores. Sobre o apoio psicossocial “é importante não culpabilizar a pessoa e não acelerar ou influenciar nas suas decisões, mantendo uma atitude isenta de julgamentos e respeitando suas crenças e sistemas de valores morais”, (BRASIL, 2012, p. 30). Nessa perspectiva de orientação a profissional relata:

Quanto pessoa que sofreu aquela situação e que tem esse desejo de interromper a gravidez, a gente coloca todos os direitos [...] Tem aquelas duas situações de manter a gravidez até o final recebendo toda a assistência de saúde psicológica [...] Quando já passou do período legal, mas ela não quer a relação, ter nenhum contato, com o recém-nascido, é garantido a ela. A gente procura fazer essa articulação com os demais serviços que ela vai passar, nos setores na sala de parto, enfermaria, pra quando ela tenha esse bebe, ela não ter o contato né, se for o desejo dela. [...] A gente faz toda essa articulação para que o psicólogo dê essa assistência a ela até depois. [...] levar a gravidez ao término, abortamento ou colocar pra adoção, três opções que ela tem direito né (ASSISTENTE SOCIAL 3).

Consoante as normativas que garantem de abortamento legal, nos casos de violência sexual, para que a mulher consiga o direito a interrupção da gestação é necessário que ela atender a dois critérios: seu consentimento ou do responsável legal, nos casos de violência a crianças e adolescentes, e a idade gestacional ser de até 20 semanas, em casos excepcionais e rigorosamente avaliados, até 22 semanas (BRASIL, 2012).

Assim, para a realização da interrupção é necessário que a mulher siga os procedimentos de Justificação e Autorização do Procedimento, conforme estabelece a portaria MS/GM nº 1.508/2005, deve ocorrer em quatro fases, que precisam ser registradas nos formatos de Termos e arquivados ao prontuário médico da gestante com vistas a garantia de confidencialidade dos mesmos.

Art. 3º A primeira fase é constituída pelo relato circunstanciado do evento, realizado pela própria gestante, perante dois profissionais de saúde do serviço.

Parágrafo único. O Termo de Relato Circunstanciado deverá ser assinado pela gestante ou, quando incapaz, também por seu representante legal, bem como por dois profissionais de saúde do serviço, e conterá:

I - local, dia e hora aproximada do fato;

II - tipo e forma de violência;

III - descrição dos agentes da conduta, se possível; e

IV - identificação de testemunhas, se houver.

Art. 4º A segunda fase dá-se com a intervenção do médico que emitirá parecer técnico após detalhada anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e dos demais exames complementares que porventura houver.

§ 1º Paralelamente, a mulher receberá atenção e avaliação especializada por parte da equipe de saúde multiprofissional, que anotará suas avaliações em documentos específicos.

§ 2º Três integrantes, no mínimo, da equipe de saúde multiprofissional subscreverão o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez, não podendo haver desconformidade com a conclusão do parecer técnico.

§ 3º A equipe de saúde multiprofissional deve ser composta, no mínimo, por obstetra, anestesiologista, enfermeiro, assistente social e/ ou psicólogo.

Art. 5º A terceira fase verifica-se com a assinatura da gestante no Termo de Responsabilidade ou, se for incapaz, também de seu representante legal, e esse Termo conterá advertência expressa sobre a previsão

art. 124 do Código Penal), caso não tenha sido vítima de violência sexual.

Art. 6º A quarta fase se encerra com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que obedecerá aos seguintes requisitos:

I - o esclarecimento à mulher deve ser realizado em linguagem acessível, especialmente sobre:

a) os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde;

b) os procedimentos que serão adotados quando da realização da intervenção médica;

c) a forma de acompanhamento e assistência, assim como os profissionais responsáveis; e

d) a garantia do sigilo que assegure sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos, exceto quanto aos documentos subscritos por ela em caso de requisição judicial;

II - deverá ser assinado ou identificado por impressão datiloscópica, pela gestante ou, se for incapaz, também por seu representante legal; e

III - deverá conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez. (BRASIL, 2012, p. 117)

Um dos objetivos dessa pesquisa se direcionou ao levantamento também de dados quantitativos das situações legais realizados entre os anos de 2012 e 2016 na Maternidade X. O alcance desse objetivo foi permeado por limites, pois o acesso aos dados ocorreu de forma restringida, por duas situações.

Primeiro pela instituição, que não possui dados consolidados sobre os procedimentos de interrupção da gravidez nas situações legais. O Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) responsável pela produção de dados estatísticos e indicadores de desempenho diário da instituição não nos apresentou uma organização das informações para os casos de aborto legal entre os anos de 2012 a 2016. Os

profissionais do setor relataram que a consolidação das informações específicas aos casos de abortamentos legais iniciou só recentemente, a partir de janeiro de 2019.

A segunda situação refere-se diretamente ao serviço de atendimento à vítima de violência sexual. A proposta inicial da pesquisa indicava analisar a quantidade de casos de violência sexual e a incidência do número de gestações e de solicitações de interrupção da gravidez entre os anos de 2012 a 2016. No entanto, o serviço informou que os relatórios anuais sobre gravidez decorrente de violência sexual, nos anos solicitados, foram perdidos por problemas técnicos no computador. O que nos pareceu grave para um serviço que se apresenta como referência na saúde da mulher para todo Estado do Piauí e que precisaria, no mínimo, de back-ups ou de outras formas de resguardo para evitar transtorno com dados vitais tanto para a ampliação/aprimoramento do serviço, quanto da Política Nacional de Atendimento Integral à Saúde da Mulher e de Enfrentamento à Violência Sexual.

Tais situações assinalam limitações ainda ao acesso a dados confiáveis sobre a magnitude não só dos procedimentos realizados, mas principalmente, da quantidade de gestações decorrentes de violência sexual e da visualização do atendimento ao direito de acesso ao procedimento legal, caso seja de livre escolha da mulher violentada.

Conforme explicitado pela entrevistada, a Maternidade X é responsável pela realização do procedimento legal de interrupção da gestação nos casos previstos em lei. Todas as solicitações são encaminhadas para a Comissão de Ética da instituição. A comissão possui uma equipe multiprofissional que analisa cada caso considerando as condicionalidades legais existentes para realização do procedimento com vistas assegurar a proteção jurídica dos profissionais que realizam a interrupção da gestação.

Nesse sentido, a Comissão de Ética da Maternidade X, com vistas a contribuir com a pesquisa, nos disponibilizou um total de 32 prontuários que conforme o Quadro 2, apresenta um demonstrativo do número de casos analisados pela Comissão de Ética entre os anos de 2012 a 2016 considerando a incidência das diferentes situações legais.

QUADRO 1 - Número de casos analisados pela Comissão de Ética da Maternidade X para realização de abortamento legal na cidade de Teresina – Piauí no período de 2012 a 2016

	Risco de morte	Violência Sexual	Anencefalia	Outros casos	Total
2012	4		9	1	14
2013			7		7
2014	1		3	1	5
2015	1	1			2
2016	2	1		1	4
TOTAL	8	2	19	3	32

Fonte: Sistematização da autora

Observa-se que o ano com mais solicitações para interrupção da gestação foi 2012, com 14 casos e a menor demanda 2015, com apenas 2. A situação de anencefalia apresentou predominância dos casos analisados por dois anos seguidos, com 9 casos em de 2012 e 7 casos em 2013.

No ano de 2012, o STF e o Conselho Federal de Medicina (CFM) consideraram a permissão legal da interrupção da gestação de fetos anencéfalos a partir do mês de abril e maio, respectivamente. É interessante pontuar que dos prontuários verificados apenas 1 apresentou ordem judicial, datado no mês de janeiro, onde verifica-se que ainda não havia a permissividade legal para situação de anencefalia. Observa-se dessa maneira que a instituição seguiu com a realização do procedimento considerando esses amparos legais.

A gestação que compromete a vida da mulher foi a segunda situação mais prevalente, com 8 casos no total. Os três casos que indicamos na categoria, outros, não foram autorizados para realização da interrupção da gestação. As informações contidas nos prontuários relatavam anomalias fetais, respectivamente: acrania fetal, má formação múltipla e gestação imperfeita. O segundo caso mesmo apresentando orientação médica para realização do procedimento não obteve parecer favorável. Conforme constou nos prontuários, a Comissão de Ética analisou que essas situações não se enquadravam nas condições legais preconizadas pelo Código Penal de 1940.

Dos dois casos de gestação decorrente de estupro, apenas um obteve autorização para realização do procedimento de interrupção no ano de 2015. Houve desistência ao procedimento no caso do ano de 2016 em decorrência da decisão da gestante em assumir responsabilidade para prosseguimento da gravidez.

Em resumo, dos 32 casos analisados pela Comissão de ética, o motivo de anencefalia representou 60% dos casos, seguindo de risco de morte a gestante 24%, e estupro 2%. Desse total apenas 5 não foram realizados. 3 casos pelo motivo de não se enquadrarem nas condições legais, 1 de anencefalia, do ano de 2012 que além de apresentar poucos dados, não havia maiores explicações sobre o motivo do cancelamento do procedimento e o outro na situação de estupro, referido anteriormente.

Uma pesquisa de Diniz e Madeiro (2016) sobre os serviços de aborto legal no Brasil, constatou que o motivo para aborto legal mais prevalente nesses serviços foi o estupro com 94% dos casos. Conforme os dados analisados a Maternidade X apresenta um perfil diferente, ao passo que o motivo mais prevalente foi a anencefalia.

Apesar dos prontuários não apresentarem a totalidade das informações que dessem condições para traçar um perfil das mulheres atendidas pela Maternidade X, fizemos o esforço de esboçar o que visualizamos. Os quadros 2 e 3 abaixo ilustram as idades das mulheres que demandaram a interrupção da gravidez e sua cidade de origem.

QUADRO 2 - Idade das mulheres com gestações analisadas pela Comissão de Ética da Maternidade X para realização de abortamento legal na cidade de Teresina – Piauí

	Entre 10 e 20 anos	Entre 21 e 30 anos	Mais de 30 anos	Sem dados	Total
2012	3	6	4	1	14
2013	1	5	1		7
2014	1	3		1	5
2015	2				2
2016	1	2	1		4
TOTAL	8	16	6		32

Fonte: Sistematização da autora

Observamos a prevalência de mulheres com idade entre 21 e 30 anos. A menor idade, 12 anos, constatada em uma situação de estupro no ano de 2015 e a maior idade 39 anos em dois casos, um de aborto em situação de gravidez com comprovação de anencefalia fetal e, o segundo devido risco de morte da mulher em 2012 e 2016 respectivamente.

Em todos os anos observamos uma variação nas cidades de origem das mulheres que demandaram o serviço, embora com prevalência da capital. Diniz e Madeiro (2016) nos ajudam a compreender esses dados quando mostram que os serviços de aborto legal no Brasil têm localização majoritária em capitais e grandes cidades.

O fato da Maternidade X ser referência de saúde do Estado do Piauí com autorização do Ministério da Saúde para realização dos procedimentos de abortamento legal dificulta o acesso daquelas que por motivos diversos (distância, falta de recursos financeiros, ausência de suporte familiar para deixar famílias/filhos/as, abalo psicológico, temores, religiosidade) não conseguem acessá-lo, contrariando não só um direito, mas, acarretando prejuízos de várias ordens, tal como ter uma criança que não planejou, não desejou e que ainda a remete a dores e marcas visíveis e silenciosas.

QUADRO 3 - Cidade de origem das mulheres com gestações analisadas pela Comissão de ética da Maternidade X para realização de abortamento legal na cidade de Teresina – Piauí

	Teresina	Outros municípios	Outros Estados	Sem dados	Total
2012	6	6		2	14
2013	2	4		1	7
2014	2	2		1	5
2015	1	1			2
2016	3		1		4
TOTAL	14	13	1	3	32

Fonte: Sistematização da autora

Como se observa no Quadro 3, quase metade das mulheres que demandaram o serviço eram residentes na capital, no entanto, a outra metade, de diversas regiões do Estado, desde a cidade de Parnaíba (235 KM), localizada próximo ao litoral do Estado, como a cidade de Bom Jesus, localizada ao sul (604 KM de Teresina). Observou-se apenas um caso de gestante residente em outro Estado, na cidade de Timon, Maranhão.

Mesmo com limitações de acesso aos dados pretendidos, o serviço especializado a atenção às mulheres vítimas de violência sexual, empenhou-se em contribuir com a pesquisa nos disponibilizando algumas informações suplementares

para análise, como no caso da equipe da Comissão De Ética. Como apresentamos no Quadro 4, de acordo com o livro de registro do serviço, entre os anos de 2004 até o mês de junho de 2019 foram atendidos 5.885 casos de mulheres vítimas de violência sexual na cidade de Teresina.

Considerando os anos de 2004 a 2018 (por apresentar dados anuais fechados), analisa-se que em 14 anos de existência do serviço houve 5.650 atendimentos, que equivale uma média anual de 403,5 casos por ano, 33,6 casos por mês e 1,12 atendimento por dia. Ou seja, todos os dias pelo menos uma vítima de violência sexual procura o serviço especializado.

QUADRO 4 - Número de atendimentos no serviço especializado a mulher vítima de violência sexual	
Ano	Quantidade de casos
2004	44
2005	252
2006	223
2007	214
2008	231
2009	330
2010	424
2011	341
2012	462
2013	452
2014	457
2015	426
2016	484
2017	547
2018	763
2019*	235*
Total	5.885

Fonte: Sistematização da autora

* O número de casos do ano de 2019 refere-se aos meses de janeiro a junho.

O Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) apresenta que entre os anos de 2012 a 2016 ocorreu cerca de 204.160 mil casos de estupros no Brasil, que equivale a uma média de 40.832 casos por ano. Conforme dados apresentados no (anexo 2), dos Estados da região Nordeste a Bahia, o Pernambuco e o Ceará apresentam a maiores taxas, com médias respectivas de 2.726, 2.155, 1.567 casos por ano. O Estado com o menor número de casos é o Rio Grande do Norte com a

média de 283 casos por ano. O Estado do Piauí aparece nessa lista na 6ª posição com um total de 2.558, com uma média de 511 casos por ano. (FBSP, 2019).

Devido a limitação no acesso a dados mais detalhados sobre os atendimentos feitos pelo serviço direcionado às vítimas de violência sexual, como maiores detalhamento do histórico da usuária e sua demanda, procedimentos e encaminhamentos nas evoluções da equipe multiprofissional, por exemplo, não houve como mensurar a quantidade de casos de violência que resultaram em estupro, e muito menos a quantidade de gestações decorrentes desse crime ou o número de interrupções da gravidez, para essa situação legal para os anos de 2012 a 2016. Como visto, nesse intervalo temporal, apenas dois casos foram analisados pela Comissão de Ética, com apenas um sendo realizada a interrupção da gestação no ano de 2015.

A Lei 10.778 de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, em todo território nacional, dos casos de violência contra a mulher atendidos nos serviços públicos e privados, com vistas a contribuir na produção de evidências sobre a dimensão desse problema social, bem como para o desenvolvimento de políticas e atuações governamentais em todas as esferas para o enfrentamento a violência contra a mulher. Essa lei disponibiliza uma Ficha de Notificação que deve ser retratado o perfil da violência a caracterização das vítimas e dos responsáveis pelas agressões. Todas essas informações devem ser processadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Em 2003 o Ministério da Saúde implementou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com o objetivo de conhecer a magnitude da violência contra a mulher e ter a possibilidade de implementar ações de prevenção e diminuir o impacto das violências. Reconhecendo essas estratégias a Norma Técnica em suas normas gerais de atendimento, esclarece:

Através da notificação de violências e do sistema VIVA é possível revelar a violência doméstica e sexual. Esse sistema também permite uma análise mais aprofundada das violências cometidas contra mulheres e adolescentes e o monitoramento do perfil epidemiológico das violências. A partir dessas informações, pretende-se a construção e a implementação de intervenções frente a esse problema e a elaboração de políticas públicas intersetoriais de atenção e proteção às pessoas vivendo em situações de violências. (BRASIL, 2012, p. 25)

Não podemos afirmar que tanto a Maternidade X como o serviço especializado não cumprem com essas orientações legais, no entanto, é necessário reconhecer a fragilidade do serviço quanto a organização de dados confiáveis sobre os atendimentos feitos nesses serviços, principalmente no que se refere as solicitações de abortamento previsto em lei.

Apesar de não conseguirmos consolidar as informações pretendidas entre os anos acima citados, o serviço disponibilizou relatórios feitos pela equipe administrativa e pela coordenação do serviço, considerando dados dos anos de 2017, 2018 até 18 de julho de 2019, conforme o demonstrativo do Quadro 5.

Os relatórios apresentaram informações bem pontuais, mesmo assim, conseguimos analisar a quantidade de gestações decorrente da violência sexual, do número de interrupções de gravidez realizados pela Maternidade X, a idade das vítimas, a quantidade de semanas de gestação e o perfil do agressor.

Conforme o Quadro 4, entre 2017 até o mês de junho de 2019 foram atendidas 1.545 vítimas de violência sexual, deste total, 38 (2%) resultaram gravidez. Em relação ao acesso ao procedimento de aborto legal, apenas 9 (24%) mulheres interromperam a gestação, 18 (47%) prosseguiram e em 11 (29%) casos não havia informações no relatório ou as mulheres não retornaram ao serviço, conforme demonstra o Quadro 5.

Conforme os relatórios, na realidade dos atendimentos feitos pelo serviço de referência a mulher vítima de violência sexual, podemos perceber que 1 a cada 40,6 mulheres tem gravidez como resultante de estupro, que representa uma média de 1,3 casos por mês, considerando 2 anos e meio.

QUADRO 5 - Casos de gravidez decorrente de violência sexual no período de 2017, 2018 a junho de 2019.

ANO	Gravidez	Interrupção da gestação	Prosseguimento a gestação	Sem informações ou sem retorno ao serviço	Total
2017	21	6	9	6	21
2018	6	0	4	2	6
Até Junho 2019	11	3	5	3	11
Total	38	9	18	11	38

Fonte: Sistematização da autora

Como demonstra o Quadro 5, 29% das mulheres não retornam ao serviço, visto que não há maiores informações sobre os casos nos relatórios, porcentagem maior que os procedimentos de abortamento legal realizado. Conforme visto, as normas técnicas orientam que os profissionais devem esclarecer as mulheres em situação de gravidez decorrente de violência sexual sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação, sendo assim, garantido o direito à informação e a orientação humanizada. Sobre a orientação ao abortamento legal a profissional relata:

Todas as vezes que chega, que é uma opinião minha, acho que não tem nada a ver com seu trabalho, mas eu acho que a vida é pra ser preservada. Quando você faz um aborto, quando chega uma mulher grávida aqui eu adoço, as vezes fico sem dormir. Me sinto como uma pessoa que está naquela situação e tudo, mas não é pelo aborto que eu vou, é, redimir qualquer erro, eu estou é fazendo mais um. Se eu fosse fazer aborto, eu estou fazendo mais um crime, eu não estou aqui pra isso. Me constrange demais, eu vibro quando uma pessoa diz que está grávida, mas vou assumir. (MÉDICA 1)

Considerando esse relato, fica o questionamento, será se a compreensão da profissional sobre a decisão da mulher de prosseguimento ou não da gestação interfere nos direcionamentos dados às vítimas de violência sexual, ou se a profissional expor sua compreensão influenciou o não retorno delas ao serviço? Esse questionamento se expressa por observar que, de todos os casos em que a violência sexual resultou gravidez, a escolha das mulheres pela interrupção da gestação apresentou o menor número.

Considerando o total de mulheres grávidas atendidas pelo serviço e as semanas de gestação quando procuraram o serviço especializado, 24 (63%) das mulheres tinham condições legais para decidir sobre a interrupção da gestação. Das mulheres que não retornam ao serviço, ou em que não havia maiores informações nos relatórios, 8 (73%) delas tinham até 20 semanas de gestação.

Assim, observamos que, dos 18 casos de prosseguimento a gestação, 50% das mulheres não puderam optar pelo abortamento legal, visto que, a gestação ultrapassava o limite de 20 semanas. Os relatórios apresentaram que as mulheres foram orientadas sobre o pré-natal e/ou aos procedimentos de adoção, caso desejasse. Conforme preconiza a Norma Técnica:

Embora o conceito de abortamento preconizado pela Organização Mundial da Saúde estabeleça limite de 22 semanas de idade gestacional, casos que ingressem para atendimento entre 20 e 22 semanas devem ser rigorosamente avaliados, considerando-se a possibilidade de erro de

estimativa da idade gestacional. Portanto, recomenda-se limitar o ingresso para atendimento ao aborto previsto em lei com 20 semanas de idade gestacional ou, quando disponível, com predição de peso fetal menor que 500 gramas.[...] Não há indicação para interrupção da gravidez após 22 semanas de idade gestacional. A mulher deve ser informada da impossibilidade de atender a solicitação do abortamento e aconselhada ao acompanhamento pré-natal especializado, facilitando-se o acesso aos procedimentos de adoção, se assim o desejar. (BRASIL, 2012, p. 81)

QUADRO 6 – Semanas de gestação dos casos de gravidez decorrente de violência sexual no período de 2017, 2018 a junho de 2019

	Até 20 semanas	Acima de 20 semanas	Total Total
2017	14	7	21
2018	3	3	6
Até Junho 2019	7	4	11
TOTAL	24	14	38

Fonte: Sistematização da autora

Das 24 mulheres com condições legais, quanto as semanas, apenas 12% realizaram a interrupção da gestação. É interessante pontuar que destas, 45% (8) tinha idade entre 13 a 18 anos, 33% (3) entre 19 e 21 anos e 22% (2) até 12 anos e quase metade era de origem de cidades do interior do Estado.

Conforme demonstra o Quadro 7, 30 (77%) das gestantes eram crianças e adolescentes com idade entre 10 e 21 anos, seguido de 7 (18%) com idade entre 22 e 30 anos e o menor número de adultas com mais de 30 anos (5%). Assim, considerando a prevalência dos 77% das gestantes crianças, adolescentes e jovens até 21 anos, conseguimos constatar que 60% foram crianças até 12 anos, 27% adolescentes entre 13 e 18 anos e 13% jovens com idade ente 19 a 21 anos.

QUADRO 7- Idade das mulheres com gestações decorrente de violência sexual no período de 2017, 2018 a junho de 2019.

	Entre 10 e 21 anos	Entre 22 e 30 anos	Mais de 30 anos	Total
2017	17	3	1	21
2018	5	1	0	6
Até Junho 2019	8	3	0	11
TOTAL	30	7	1	38

Fonte: Sistematização da autora

O relatório do ano de 2018 não apresentou informações quanto a cidade de origem das vítimas, observamos ainda uma equivalência em relação a capital Teresina aos outros municípios do Estado, conforme apresenta o Quadro 8.

O atendimento às vítimas de outros estados foi inabitual, com apenas duas com gestantes de origem do Estado do Maranhão, na cidade de Timon. Cabe ressaltar nesses dois casos as vítimas eram crianças de 11 anos. Apenas uma fez a interrupção da gestação, a outra apresentava 25 semanas de gestação, não sendo assim, possível o direito ao aborto legal.

É interessante pontuar que os serviços especializados às vítimas de violência sexual existem em 8 cidades no estado do Piauí, como exemplo: Picos, Floriano, Bom Jesus, São Raimundo Nonato, Corrente, Parnaíba, Campo Maior e Teresina. Picos é a única cidade que apresenta os serviços em duas unidades de saúde (Centro de Atenção Psicossocial e Hospital Regional). Todos eles estão estruturados em hospitais regionais públicos, exceto Teresina, que funciona em uma maternidade.

QUADRO 8 - Cidade de origem das mulheres com gestações decorrente de violência sexual no período de 2017, 2018 a junho de 2019.

	Teresina	Outros municípios do Piauí	Outros Estados	Sem dados	Total
2017	13	6	2	0	21
2018	0	0	0	6	6
Até Junho 2019	1	4	0	6	11
TOTAL	14	10	2	12	38

Fonte: Sistematização da autora

Segundo os relatórios, em Teresina não ocorreu nenhum atendimento com vítimas das cidades onde há esses serviços. Outro ponto a ser destacado é que em todos os serviços das cidades acima citadas, atendem vítimas de violência de ambos os sexos. No entanto, na cidade de Teresina, esse serviço especializado é exclusivo para o atendimento de mulheres, os homens em situação de violência sexual são atendidos no Instituto Médico Legal (IML) da capital. Inclusive, esse ponto foi destacado por uma das entrevistadas como uma limitação do serviço.

Ao observar as características dos agressores descritos pelas vítimas foi possível constatar que 69% (26) deles eram conhecidos e 26% (10) desconhecidos.

Sobre essa questão é possível perceber o atendimento à primeira fase dos Procedimento de Justificação e Autorização a interrupção da gestação, na medida em que vítima descreve o autor da violência, logo, apenas 5% das mulheres não o identificaram.

QUADRO 9 – Características do agressor						
	Conhecido			Desconhecido	Sem dados	Total
	Familiares	Namorado	Vizinho			
2017	7	6	1	6	1	19
2018	2	1	0	3	0	6
Até Junho 2019	3	4	2	1	1	11
TOTAL	12	11	3	10	2	38

Fonte: Sistematização da autora

Na realidade apresentada, 88% dos agressores conhecidos foram familiares/namorados, o que reforça a discussão acerca da exploração e dominação dos homens sobre as mulheres, principalmente no âmbito privados, reflexo de uma sociedade patriarcal.

Ao analisar a organização dos serviços de aborto legal em Teresina, sobre sua estruturação e formas de atendimento, bem como levantamento de dados quantitativos, constatamos que o serviço apesar de suas limitações é referência no atendimento em saúde para todo estado do Piauí.

Dessa maneira, o ponto de chegada dessa pesquisa consiste em compreender como o Serviço Social, integrante da equipe multiprofissional, contribui com a assistência às mulheres vítimas de violência sexual e como ocorre o exercício profissional das assistentes sociais nos serviços de aborto legal, no esforço de apreender sobre as concepções profissionais sobre o aborto, as limitações vivenciadas pelas profissionais e as contribuições da profissão para o serviço.

4.2 O exercício profissional das/dos assistentes sociais em um serviço de aborto legal.

O Serviço Social como profissão tem seu significado social na sociedade capitalista como um elemento que participa da reprodução das relações contraditórias das classes no âmbito da relação capital e trabalho. Como visto, a profissão se institucionaliza no bojo da formulação, implementação e execução das políticas públicas para o enfrentamento as sequelas da Questão Social.

Ao compreender sua construção histórica, observa-se a profissão como uma especialização do trabalho coletivo inscrito na divisão social e técnica do trabalho e como parte integrante da classe trabalhadora. Nesse sentido, as/os profissionais só se realizam enquanto trabalhadores quando vendem sua força de trabalho em troca de um salário no mercado através de condições e relações de trabalho, determinando-o assim, como trabalhador assalariado e, também, como sujeito de direitos.

Como anteriormente citado, essa reflexão teórica sobre a particularidade do Serviço Social como trabalho inserido no processo de reprodução do capital e seu significado social foi formulado pela primeira vez por lamamoto e Carvalho (1993) em 1982, a partir da leitura de Marx. Essa reflexão fortaleceu o processo de renovação teórico-metodológica da profissão e possibilitou uma qualificação da produção científica da profissão, como também impactou na ruptura da profissão com o legado conservador de sua origem.

Afirmar o assistente social como trabalhador assalariado implica problematizar as particularidades da profissão como integrante do trabalho coletivo, uma vez que, o trabalho não ocorre de forma isolada, mas uma atividade de caráter eminentemente social (RAICHELIS, 2011).

Por isso, é necessário analisar o exercício profissional no bojo das relações entre o Estado e a sociedade no contexto de transformações sociais, políticas, econômicas e culturais da sociedade de classes onde impera os ditames do capital e seus reflexos nas relações de trabalho e nos espaços em que os assistentes sociais ocupam enquanto trabalhadores assalariados.

lamamoto e Carvalho (1993, p. 72) ao situar o Serviço Social no âmbito das relações sociais capitalistas observam que a reprodução das relações sociais não devem se restringir à reprodução das forças de trabalho e aos meios objetivos de produção, deve englobar, portanto, “as formas de consciência social: jurídicas,

religiosas, artísticas ou filosóficas, através das quais se toma consciência das mudanças ocorridas nas condições materiais de produção”, e conferem assim a importância da vinculação profissional as lutas sociais e aos movimentos das classes. Nessa perspectiva, os autores apontam duas dimensões contraditórias do efetivo exercício profissional:

As condições que peculiarizam o exercício profissional são uma concretização da dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade, em determinadas conjunturas históricas. Como as classes sociais fundamentais e suas personagens só existem em relação, pela mútua mediação entre elas, a atuação do Assistente Social é necessariamente polarizada pelos interesses de tais classes, tendendo a ser cooptada por aqueles que tem uma posição dominante. Reproduz também, pela mesma atividade, interesses contrapostos que convivem em tensão. Responde tanto a demandas do capital como do trabalho e só pode fortalecer um ou outro polo pela mediação de seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de dominação e exploração como, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta as necessidades sociais de sobrevivência da classe trabalhadora, reforçando as contradições que constituem o móvel básico da histórica (IAMAMOTO e CRAVALHO, 1993, p. 75).

A consolidação do Projeto Ético-Político do Serviço Social, exige que os profissionais direcionem seu exercício profissional tendo em vista o compromisso com a classe trabalhadora, ou como supõe Antunes (2002), com a classe-que-vive-do-trabalho, como também a percepção de vinculação constitutiva do Serviço Social a essa classe.

Assim, ao compreender as/os assistente sociais como parte integrante da classe trabalhadora, o exercício efetivo do Serviço Social contemporâneo exige um profissional que tenha competência de propor, negociar e defender seu campo de trabalho, que supere as rotinas institucionais e busque apreender o movimento da realidade social de forma crítica, superando assim, a ideia de mero executor de políticas sociais (IAMAMOTO, 2015).

O exercício profissional do assistente social ocorre no contexto das condições socialmente determinadas que lhes são identidade, visibilidade e concretude. Além disso, é balizado por leis e normas que determinam atribuições, competências e exigem habilidades específicas. Torres e Lanza (2013) apontam que a forma como os profissionais analisam e interpretam as orientações para as ações, interfere diretamente no exercício profissional. Assim:

Vale destacar que a profissão é a síntese de várias dimensões: formação profissional, intervenção técnico-operativa, produção de conhecimento, organização política dos agentes profissionais, articulados em torno de uma

direção social que denominamos de Projeto Ético-Político profissional do Serviço Social. (MOTA, 2017, p. 49)

Por isso, conforme lamamoto (2015) para que a/o assistente social exerça sua profissão nos direcionamentos do projeto profissional hegemônico, precisa colocar em movimento seu acervo de saberes aliado a reafirmação das habilidades: teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas.

A apropriação teórica-metodológica fornece uma lente para leitura e explicação crítica da realidade social, através da teoria social de Marx e possibilita a construção de alternativas ao exercício profissional. O posicionamento político do profissional, com o engajamento aos movimentos sociais no contexto dos interesses sociais antagônicos da sociedade de classes, sinaliza o direcionamento ético das ações profissionais, ao passo que defende os valores e os princípios profissionais. A base técnica-operativa deslocadas das duas habilidades anteriores resume-se a mero tecnicismo. Sendo assim, apenas com a articulação dessas três dimensões se exercerá uma atuação profissional crítica, eficaz e de qualidade. (IAMAMOTO, 2015).

Mota (2017) concorda e afirma que uma sólida formação profissional com a compreensão crítica das manifestações objetivas da realidade, bem como ao domínio institucional-legal das políticas, aliado uma cultura profissional que baseia seu exercício profissional, sob luz do Projeto profissional crítico, é compatível com a permeabilidade socioinstitucional da profissão.

Um dos pontos cruciais para qualidade da prática profissional é a relação que o profissional tem com a realidade do objeto de trabalho. lamamoto (2015) e Vasconcelos (2013) convergem sobre a importância do conhecimento sobre o objeto de trabalho como condição para o efetivo exercício profissional. Dessa maneira:

Uma prática que tenha como objetivo romper com as práticas reacionárias e conservadoras demanda o conhecimento das totalidades mais ou menos complexas nos seus múltiplos aspectos e determinações [...]. o movimento conjuntural, na imbricação das relações entre realidade nacional, regional e local, possibilitando, assim, estabelecer as mediações necessárias para o desvendamento das particularidades e singularidades da realidade dos sujeitos que demandam ou são atingidos pelas ações profissionais e, principalmente, do cotidiano que os envolvem. (VASCONCELOS, 2013, p. 124)

Para lamamoto (2015) o exercício profissional exige da/o assistente social conhecimento e apropriação de um leque de habilidades, competências e atribuições

profissionais, inclusive a clareza sobre seu objeto, instrumentos e meios que darão concretude à sua ação profissional, bem como a visualização dos resultados do seu trabalho.

A autora considera que o profissional de Serviço Social deve compreender a Questão Social como matéria-prima do trabalho profissional, e esse trabalho como partícipe de um processo. Faz-se imperativo, inicialmente, que o profissional compreenda a Questão Social não só como um expoente das desigualdades sociais do processo produtivo capitalista, mas também, decifrá-la como parte de um processo de luta e de resistência material e simbólica dos indivíduos.

O Serviço Social e a área de saúde enquadram-se dentro das políticas públicas como campos mediadores entre: reivindicações sociais, processo de legitimação política e condições de vida. Assim, assistentes sociais nessa política necessitam construir alternativas profissionais que contribuam com a democratização das instituições, ampliação da consciência sobre os direitos sociais através da viabilização da participação social (BRAVO, 2011).

O exercício profissional de assistentes sociais na política de saúde requer das profissionais o fortalecimento da articulação com os princípios do Movimento de Reforma Sanitária, tais como: a democratização do acesso aos serviços de saúde, aproximação das unidades de saúde com a realidade, trabalho interdisciplinar, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático as informações e estímulo a participação popular, mas principalmente, a defesa ao Sistema Único de Saúde como um direitos social (CFESS, 2010a).

A luta por uma nova concepção de saúde ocorreu no corpo do Movimento pela Reforma Sanitária e paralelo ao movimento de reafirmação do Projeto Ético-Político do Serviço Social, ambos direcionados, a um projeto societário com propostas radicalmente democráticas dos serviços de saúde no Brasil.

O Serviço Social brasileiro é regulamentado como profissional da política de saúde tanto pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução Nº 218/1997, como pela Resolução Nº383/1999 do Conselho Federal de Serviço Social. Em termos de princípios, seu atual Projeto Ético-Político, posiciona-se a favor da cidadania, fortalecimento da cidadania, equidade e justiça social indo ao encontro dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Como forma de contribuir com a construção de bases teóricas e metodológicas para o exercício profissional na área da saúde o Conselho Federal de Serviço Social

elaborou um documento intitulado *Parâmetros para Atuação de Assistentes sociais na Saúde*²⁷. Como resultado de uma construção coletiva nos espaços coletivos e deliberativos da categoria profissional o documento visa orientar sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos profissionais às demandas identificadas no cotidiano da política de saúde (CFESS, 2010a).

O documento aponta que as atribuições e as competências profissionais na área da saúde são orientadas e norteadas pelos direitos e deveres constituintes do Código de Ética profissional e na Lei de regulamentação da profissão, e, que devem ser respeitados tanto pelos profissionais como pelas instituições de saúde. Assim, as ações profissionais devem ser afastas das abordagens tradicionais funcionalistas que reforçam as práticas conservadoras, que infelizmente, fizeram parte da história da profissão e influenciaram ações profissionais.

Nessa perspectiva, faz-se necessário uma intervenção profissional orientada pela perspectiva teórico-política que pressupõe a leitura crítica da realidade, identificação de respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade, fortalecimento dos espaços de luta e de organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos, formulação e construção coletiva de estratégias e técnicas que possibilitem a modificação da realidade daqueles que demandam atendimento, e também, formas de pressão sobre o Estado com vistas a garantir condições objetivas para ampliação dos direitos (CFESS, 2010a). Assim o documento considera como competência gerais para atuação profissional:

- Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
- Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
- Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
- Identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996) (CFESS, 2010a, p. 35)

²⁷ A construção e a sistematização do documento foram feitos no 36º e 37º Encontro Nacional do Conjunto CFESS/CRESS, a partir do Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde.

A apreensão dessas competências, permite aos profissionais realizar uma leitura crítica da realidade, e, a partir deste, estruturar seu trabalho, definir objetivos, escolher abordagens e instrumentos apropriados para as demandas que lhes são apresentadas no seu cotidiano profissional.

Assim os Parâmetros para Atuação do assistente social na saúde reconhecem quatro grandes eixos de atuação profissional: “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010a, p. 41).

O detalhamento sobre tais eixos será explicitado conforme análise do exercício profissional das assistentes sociais no serviço especializado às vítimas de violência sexual no contexto da solicitação de interrupção da gestação nos casos previstos por lei atendidos por esse serviço.

O conhecimento sobre o exercício profissional, especificamente, nos serviços que tem o abortamento legal como principal demanda, apresenta-se como objeto a ser desvendado com mais profundidade pela categoria profissional. São raras as pesquisas que tratam especificamente sobre esse tema, consideramos que isso acontece por dois motivos: primeiro porque o debate sobre temática do aborto no âmbito da sociedade brasileira ocorre de forma bem pontual, visto toda complexidade da questão e por ser historicamente considerado em nossa sociedade como um tabu. Segundo porque se referir a uma temática que foi recentemente inserida no debate da profissão e quase restrita, aos espaços deliberativos, não se estendendo ao processo de formação profissional, o que consideramos uma limitação da profissão nesse âmbito.

Destacamos duas pesquisas importantes sobre o exercício profissional de assistentes sociais diante da demanda do aborto no Brasil, ambas dissertações de Mestrado. A primeira, com autoria de Simone Lollato, integrante do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolveu no ano de 2004 uma pesquisa sobre “A intervenção do assistente social frente a solicitação de aborto”, através de entrevistas a assistentes sociais em hospitais públicos na cidade de Florianópolis-SC, a autora verificou a existência de uma grande lacuna nas políticas públicas de saúde para demanda do aborto nos serviços de saúde e bem como a carência de maior preparo teórico, ético e político das profissionais no atendimento a essa demanda (LOLLATO, 2004).

A segunda, de Rejane Santos Farias, integrante do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, analisou em 2014 sobre “Concepções e atuações diante da interrupção da gestação prevista em lei na perspectiva dos assistentes sociais de unidades de saúde do município do Rio de Janeiro”. Analisou através de entrevistas a assistentes sociais em serviços de saúde de referência em atendimento à mulheres vítimas de violência no município do Rio de Janeiro, um invisibilidade pública dos serviços pesquisados que limita o acesso às mulheres ao direito ao aborto legal e verificou embora prevalecesse a concepção do aborto como um direito, havia uma ausência de preparo das profissionais para abordagem sobre a temática além de forte influência dos valores éticos-religiosos na postura das profissionais que comprometia o acesso as mulheres ao direito do abortamento legal (FARIAS, 2014).

Nessa perspectiva, ao analisar a realidade de um serviço de abortamento legal na cidade de Teresina podemos observar a importância da profissão nesse serviço, as concepções profissionais sobre a questão, que de alguma forma interfere nas ações profissionais, como as assistentes sociais visualizam suas contribuições na atenção e assistência a mulher vítima de violência sexual e as limitações profissionais vivenciadas nesse serviço, com vistas em contribuir com o arcabouço teórico do Serviço Social sobre a temática do exercício profissional diante do direito ao aborto legal no Brasil.

4.2.1 Perfil Profissional e dinâmica de trabalho no serviço de aborto legal da Maternidade X.

A Maternidade X é organizada em diversas diretorias e comissão que são responsáveis pelos diversos serviços de saúde que disponibilizam. Conforme o regimento interno da instituição, a Diretoria Técnico-Assistencial, é responsável pelo planejamento e execução de serviços que prestam atendimento aos pacientes nos diferentes espaços da maternidade, tendo a Supervisão de Serviço Social como parte integrante desse setor. Essa supervisão é responsável pelas atividades de assistência social oferecida as usuárias da instituição.

O Serviço Social tem principais competências: identificar a situação socioeconômica e familiar das usuárias atendidas, prestar assistência às gestantes, incentivar as usuárias a participarem dos serviços de saúde comunitária, encaminhar

mulher vítima de violência sexual às medidas de prevenção e DST/AIDS e outros agravos físicos e psicológicos, promover articulação com rede de proteção social especial, supervisionar estágio em serviço social, elaborar, coordenar e executar programas e projetos na área da saúde que vise atender as necessidades das usuárias e de suas famílias, mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização de direitos sociais, realizar visitas domiciliares e institucionais, participar de cursos, encontros, seminários, palestras, congressos e demais eventos objetivando a troca de informação e produção de conhecimento no âmbito do SUS.

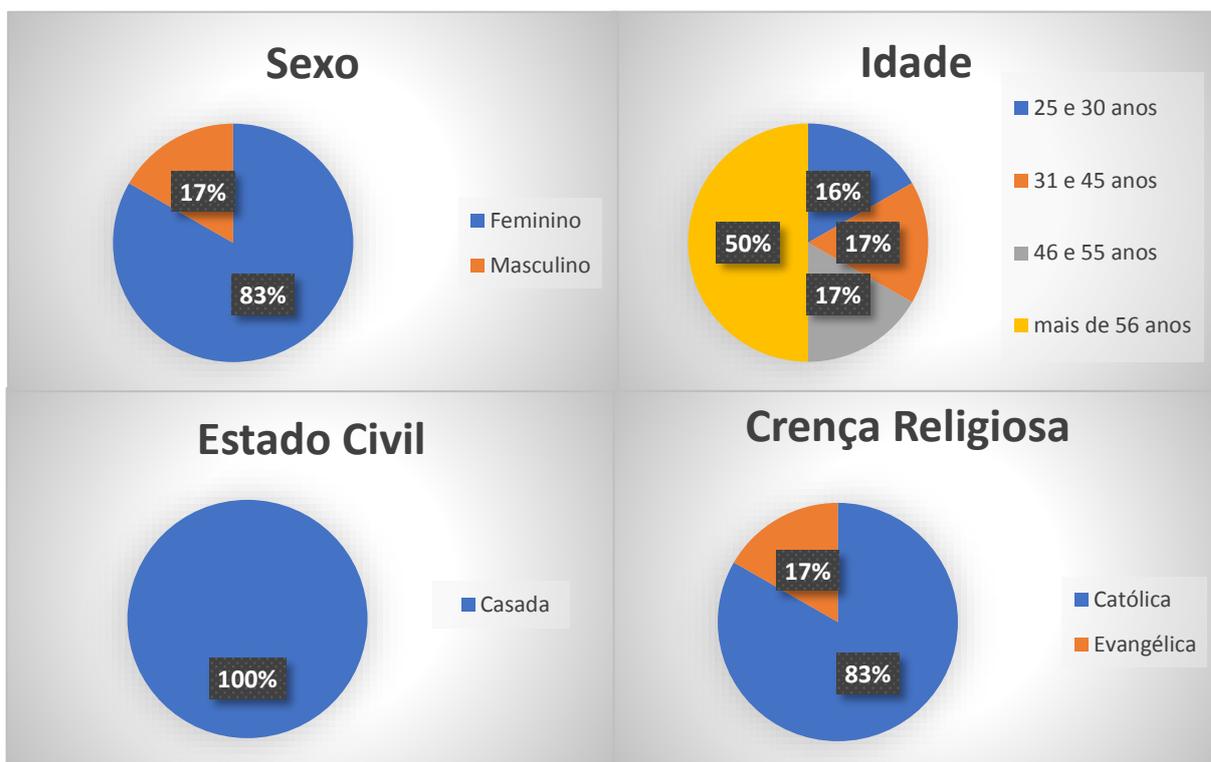
Outro setor em destaque é o serviço especializado no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual que tem uma coordenação própria na instituição e é responsável pelo planejamento, organização e assistência às mulheres vítimas de violência sexual, que independem da cidade de origem e tem direito aos serviços de prevenção a gravidez indesejada e de doenças sexualmente transmissíveis. É um serviço que tem uma equipe multiprofissional responsável pelos atendimentos. Tem por competência, funcionar 24 horas todos os dias, atender vítimas mulheres de qualquer idade, realizar exame de corpo de delito com a finalidade de humanizar o atendimento.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a Maternidade X possui em seu quadro funcional 15 assistentes sociais. Treze profissionais têm vínculo empregatício do tipo estatutário e duas com contrato de prazo determinado. Todas as profissionais têm carga horária semanal de 30 horas, exceto uma das profissionais com vínculo de contrato de 40 horas semanais.

Para participação na pesquisa cinco profissionais não atenderam ao critério de experiência profissional no Serviço especializado às vítimas de violência sexual entre os anos de 2012 e 2016, duas gozavam do direito de licença maternidade e duas recusaram participação, assim, a pesquisa contou com um total de 6 profissionais de Serviço Social.

As profissionais que desenvolvem ações profissionais no serviço especializado às vítimas de violência sexual e com o objetivo de traçar um perfil das profissionais, constatamos que a composição da equipe por sexo, é majoritariamente feminina, representa 83% de mulheres e apenas 17% de homens. A metade das profissionais tem mais de 56 anos e a outra metade divide-se em: 17% entre 46 e 55 anos, 17% entre 31 a 45 anos e 16 % entre 25 e 30. Todas as profissionais se declararam casadas e nenhuma possui algum tipo de deficiência, conforme gráfico 1.

GRÁFICO 1 – Sexo, Idade, Estado Civil e crença religiosa das profissionais entrevistadas



Fonte: Sistematização da autora

Observamos dessa maneira que a concentração de profissionais do sexo feminino está intimamente ligada com a história do surgimento da profissão. A sua constituição como um espaço essencialmente feminino é parte estruturante da divisão sexual do trabalho patriarcal capitalista, na medida em que também, se associa a papéis conservadores de gênero, (CISNE, 2012).

Mesmo com as transformações históricas dos direcionamentos teórico-metodológicos e ético-políticos do Serviço Social, a predominância de mulheres ainda se apresenta como uma questão que permeia a discussão sobre a origem da profissão. No entanto, cabe ressaltar que a concentração de mulheres nos espaços profissionais não é exclusividade do Serviço Social, é realidade também de outras profissões.

O atendimento aos interesses das classes dominantes vinculou a interpretação cristã das habilidades e qualidades femininas “ao campo das vocações e missões de servir ao próximo e do cuidado com o outro”, funções sociais imputadas pela construção social sobre a mulher sob olhar do patriarcado, Cisne (2012, p. 45).

As mulheres [...] eram vistas como responsáveis pela preservação da ordem moral e social, e, com isso, qualidades consideradas naturalmente femininas

foram utilizadas como justificativa para o quase monopólio das questões referentes a ação social por parte das mulheres (VELOSO, 2001, p. 81).

Um conjunto de traços atribuídos às mulheres foram considerados necessários para formação profissional na emergência da profissão: capacidade de devotamento, vocação natural da ajuda e caridade, formação moral íntegra, modéstia, simplicidade, saber influenciar, convencer, comunicatividade e bom humor, tidas como naturalmente femininas, ressaltaram o traço ideológico de um perfil profissional e apresentaram bases para alcance dos objetivos do capital em controlar conflitos (IAMAMOTO e CARVALHO, 1993).

Nas trilhas da institucionalização da Assistência Social, através da Lei Brasileira de Assistência (LBA), em 1942, o Estado utilizou, formalmente, a figura da mulher e todas as suas características, dons e responsabilidades difundidas ideologicamente pela Igreja Católica, para intervenção nos problemas sociais por meio da caridade e da ajuda. Como consequência, foi criado um vínculo histórico da profissão com ações assistencialistas e filantrópicas e marcou o fenômeno do primeiro-damismo, responsabilidade da primeira-dama (mulher) e não de um homem, pela assistência social (CISNE, 2012).

Especificamente nos serviços de saúde, a atribuição da prática do cuidar ao sexo feminino é também, histórico e naturalizado, e se fundamenta pela construção cultural de que a mulher possui habilidades no que se refere aos cuidados (FARIAS, 2014).

No tocante a orientação religiosa, todas as profissionais afirmaram ser cristãs, onde 83% são católicas e 17% são evangélicas. A predominância da religião cristã é historicamente determinada não só no processo de construção da sociedade Brasileira, mas principalmente na ação e formação profissional no Serviço Social.

O surgimento da profissão tem raízes cristãs, tanto no processo de ação como de formação profissional. Inicialmente orientadas metodologicamente pela Doutrina Social da Igreja Católica, teve influências do tomismo e neotomismo e imprimiu na profissão, segundo Yazbek (2009a), o conservadorismo.

Tratava-se de uma formação que buscava dar bases científicas e teóricas para o profissional, a fim de capacitá-lo a compreender a realidade social com um olhar voltado à dita normalidade dessa sociedade e as pretensas disfunções, perturbações e patologias as quais os indivíduos estavam sujeitos para, assim, o profissional intervir na cura, no ajustamento e na adequação desses indivíduos às normas sociais e aos padrões de normalidade instituídos, corrigindo todos e quaisquer desníveis e disfunções,

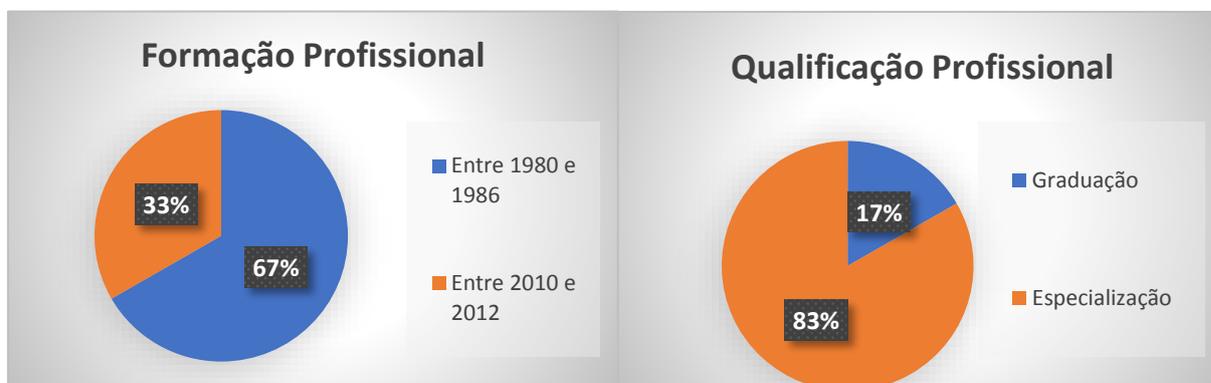
tendo por base os princípios cristãos da moralização da sociedade. (CARDOSO, 2013, p. 118)

Os resultados encontrados nos estudos de Soares (2003), Farias e Cavalcanti (2012) e Diniz e Madeiro (2016) apontam que as influências religiosas têm um impacto direto na percepção das profissionais sobre o aborto e apresentam-se como um obstáculo para efetivação dos serviços de aborto legal no Brasil, visto que os profissionais relacionam a prática da interrupção da gestação como um pecado e acabam por repudiar o aborto legal. Sobre a percepção das profissionais do serviço investigado, examinaremos no tópico seguinte.

Sobre a formação profissional, todas têm graduação pela Universidade Federal do Piauí, 67% afirmaram que a conclusão do curso em Serviço Social ocorreu entre os anos de 1980 e 1986 e 33% entre os anos de 2010 e 2012. A predominância da formação no ensino público dá-se pelo fato de que, considerando o período da formação dessas profissionais, na realidade de Teresina, o curso de Serviço Social era ofertado apenas na universidade pública. A expansão do ensino privado no estado do Piauí se deu efetivamente aos finais da década de 1990 e ganhou expressividade nos primeiros 10 anos dos anos 2000.

No que se refere a qualificação profissional continuada, apenas 17% das profissionais afirmaram ter apenas graduação. 63% afirmaram ter pós-graduação (lato sensu) com especialização nas áreas de gestão hospitalar, planejamento e projetos sociais, saúde pública, mas nenhuma especificamente sobre saúde da mulher ou aborto legal (ver gráfico 2).

GRÁFICO 2 – Formação e qualificação profissional das entrevistadas



Fonte: Sistematização da autora

Diante das transformações societárias e da complexidade das relações sociais e dos serviços públicos, principalmente aqueles incluídos nas políticas públicas de corte social, requer, dos profissionais das diversas áreas constantes qualificação profissional. O Serviço Social em especial, requer uma qualificação continuada diante do movimento de revisão teórica, metodológica, política e operativa da profissão aos finais de 1980.

As transformações dos direcionamentos metodológicos do Serviço Social possibilitaram os profissionais questionarem sobre a referência tradicional das ações profissionais com base na teoria social da Igreja Católica, do positivismo e funcionalismo e construíram novas bases na perspectiva emancipatória orientadas pela teoria social de Marx que deu condições para ações profissionais desvinculadas do conservadorismo e aproximadas aos movimentos sociais e luta pelos interesses da classe trabalhadora.

No âmbito dos serviços de saúde, o Serviço Social, conforme Matos (2013) insere-se nessa política como forma de aperfeiçoar o trabalho do médico muito embora isso persista até os dias atuais. No entanto, após o período de redemocratização do país, a profissão incorporou os princípios da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde e assumiram um compromisso com os direitos da população usuária, bem como do fortalecimento dos serviços públicos de saúde e do Projeto Ético-Político da profissão.

O Sistema Único de Saúde apontou novidades ao adotar os determinantes sociais como estruturantes do processo saúde-doença, dinamizar os serviços de saúde com a “promoção e prevenção e no trabalho em equipe interdisciplinar, ganhando destaque nas ações em saúde outras categorias profissionais, como os assistentes sociais” (SOARES e MOURÃO, 2016, p.34).

Nesse sentido o Serviço Social na política de saúde tem a universalização das políticas sociais, a concepção ampliada de saúde, a garantia do acesso aos serviços de saúde, o incentivo a mobilização e a participação social nesses serviços, por exemplo, como horizonte da ação profissional (CFESS, 2010a).

No entanto, embora tenham sido conseguidas conquistas políticas e jurídicas no âmbito da saúde, formalização do direito foi mais significante do que as condições objetivas da efetivação dos direitos. As limitações das condições objetivas de efetivação foram evidenciadas quando “os direitos permanecem reconhecidos na Carta Constitucional, mas na sua implementação observa-se suas dificuldades por

meio do desfinanciamento, do sucateamento e dos programas verticalizados” aponta Kruger (2010, p. 128).

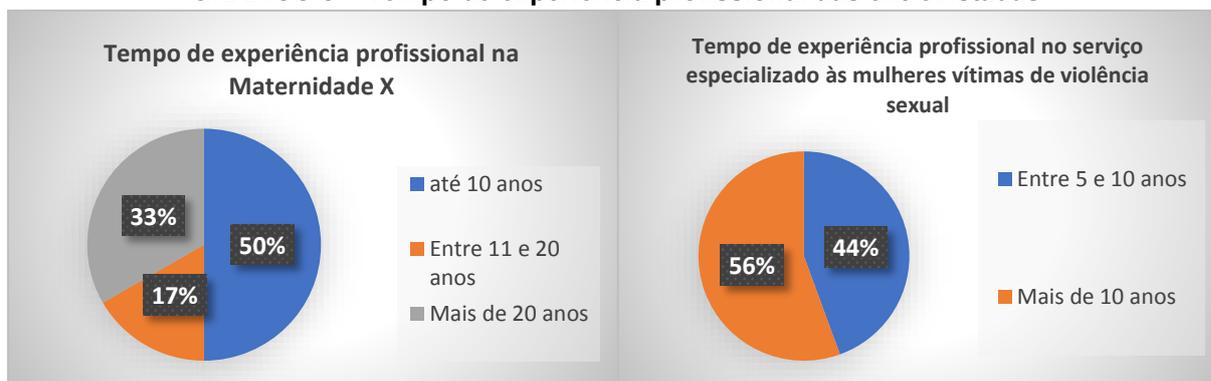
O advento e avanço do neoliberalismo no país rebatem negativamente nas políticas de corte sociais, a exemplo da política de saúde, bem como no exercício profissional das profissões que se fazem, tal como no das assistentes sociais. Nesse sentido, desde o significativo avanço no ordenamento legal da saúde no Brasil, a ampliação de direitos e correção de iniquidades tem sofrido sucessivas ameaças, numa conjuntura de intensivo tensionamento da relação público-privada em todos os setores do sistema público de saúde.

Diante desse contexto de transformações sociais, políticas e profissionais, faz-se imperativo que as profissionais estejam em processo de constante qualificação profissional, para conseguir, em termos teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativos, condições para desenvolver um exercício profissional que fortaleça a política de saúde, o Projeto Ético-Político da profissão bem como a perspectiva da saúde como um direito social e de responsabilidade Estatal.

No que diz respeito ao tipo de vínculo contratual com a instituição, 100% das profissionais tem vínculo estatutário com a Maternidade X. A instituição atende a Lei nº 12.317/2010 que determina a jornada de trabalho das profissionais de Serviço Social a duração de 30 horas semanais.

Sobre o tempo de experiência profissional nos serviços de saúde da Maternidade X, 50% das profissionais tem até 10 anos de experiência profissional, 17% entre 11 e 20 anos e 33% mais de 20 anos. Especificamente no serviço especializado no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, 56% afirmaram ter mais de 10 anos de experiência profissional e 44% entre 5 e 10 anos, conforme Gráfico 3.

GRÁFICO 3 – Tempo de experiência profissional das entrevistadas



Fonte: Sistematização da autora

Tal fato evidencia uma inserção duradoura e consolidada do Serviço Social tanto nos serviços de saúde de referência como no serviço especializado às vítimas de violência sexual. Dessa maneira, identificamos reconhecimento da importância da profissão na instituição bem como fortalecimento da categoria enquanto profissão legitimada não só na política de saúde, mas nas políticas sociais brasileiras.

O reconhecimento da importância da profissão na política de saúde é resultado das mudanças na condução da política de saúde no Brasil, protagonizadas pelas reivindicações dos movimentos sociais, a implementação do Sistema Único de Saúde possibilitou novas formas de organização do trabalho coletivo em saúde.

O Serviço Social contribui para o fortalecimento da política de saúde como um direito e alicerça a concepção ampliada de saúde na medida em que “reconhece a influência da cultura, das relações sociais e econômicas, das condições de vida e existência nos processos de saúde-doença” (NOGUEIRA e MIOTO, 2009, p. 228), ou seja, as condições de saúde dependem das relações sociais que sofrem interferências do meio físico, social e cultural.

As ações profissionais devem transpor o caráter emergencial e burocrático dos serviços de saúde, ter clareza das atribuições e competências e dar prioridade ao atendimento das demandas apresentadas pelos usuários através de ações conjuntas com a equipe de saúde que deve se estruturar no conhecimento sobre a realidade dos sujeitos (CFESS, 2010a).

Na realidade do serviço de saúde verificado, observou-se quem em todos os setores na qual se tem atendimento direto as usuárias e que demandam orientações e viabilização de acesso aos serviços de saúde Maternidade X o Serviço Social está presente.

Conforme apontado pelas entrevistadas o Serviço Social integra os serviços desde o atendimento ambulatorial, admissão no serviço, acolhimento, acompanhamentos diários nas enfermarias até o processo de saída da usuária do serviço através da alta hospitalar. Perpassa também, projetos desenvolvidos em grupos com orientações sobre o pré-natal, planejamento familiar, lei do acompanhante, bem como atendimentos individuais. Conforme ilustra a entrevistada:

Inicia-se com o pré-natal, que é o ambulatorial que faz parte do primeiro passo. [...] Temos outros serviços que é a questão do planejamento familiar, como a laqueadura. A gente tem essa reunião nas quartas feiras onde a participação do assistente social para esclarecer e apresentar todos o processo com se dá para abertura do processo de laqueadura tubária. E outra

é o atendimento aqui na hora do parto, a gente faz o acolhimento, conversa com a mãe, informa a questão da lei do acompanhante, quais são os deveres e direitos desse acompanhante e que ela tem esse acompanhamento de todo processo, do pré-parto, do pós-parto até a saída dela com a alta hospitalar. Por se tratar de um hospital de referência na gravidez de alto risco, o público quase que seletivo. São aquelas mães que vem referenciada. Não há livre demanda, ela já vem regulada pela unidade básica de saúde. (ASSISTENTE SOCIA 1).

Observa-se dessa maneira que as ações profissionais desenvolvidas pelas profissionais nesse serviço de saúde, no atendimento direto as usuárias perpassam as três principais ações referenciadas pelos *Parâmetros para atuação do assistente social na saúde*: socioassistenciais, articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Ambas, não ocorrem de forma isolada, elas se complementam no processo coletivo de trabalho em saúde (CFESS, 2010a)

O Serviço Social é o profissional que faz o primeiro contato com as usuárias, sendo responsável por identificar as condições de vida, suas principais necessidades para agilizar iniciativas e providências para o atendimento no serviço de saúde (COSTA, 2009). Para isso o profissional precisa ter conhecimento não só sobre a realidade dos sujeitos, mas também de todo o contexto do serviço.

Nesse contexto, CFESS (2010a) aponta como principais ações a serem desenvolvidas pelas assistentes sociais: democratizar as informações de forma individual ou coletiva quando aos direitos sociais da população usuária, facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, conhecer e mobilizar a rede de serviços, com objetivo de viabilizar direitos, buscar a garantia do direito do usuário ao acesso aos serviços.

No contexto geral do serviço analisado, as ações socioeducativas são as que mais ganham destaque, visto que, a demanda por orientações sobre o acesso aos procedimentos de pré-natal, planejamento familiar e esclarecimentos sobre lei do acompanhante, apresenta-se como ações diárias das profissionais. Assim:

Essas ações consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática. Devem-se constituir em eixo central da atuação do profissional de Serviço Social e recebem também a denominação de educação em saúde. (CFESS, 2010a, p. 54)

A pesquisa buscou direcionar a captação de informações sobre a realidade do Serviço Social na realidade dos serviços especializados no atendimento às mulheres

vítimas de violência sexual. Dessa maneira, sobre a inserção da profissão nesse serviço a profissional esclarece.

Desde que ele foi instituído houve uma captação dos profissionais, [...] fizeram reuniões com os profissionais de serviço social, de enfermagem, prioritariamente, fomos convocadas pra abraçar esse serviço, pra fazer atendimento aqui. E desde o início, a gente abraçou a ideia de fazer atendimento à mulher vítima de violência, vendo os treinamentos, a gente começou a se apropriar do contexto do que seria o serviço de atendimento à mulher vítima de violência.[...] Então a gente se organizou no serviço social de uma forma minimamente razoável pra conseguir fazer esse atendimento, fizemos uma espécie e escala interna no setor pra que diariamente tivesse uma plantonista pra dar atendimento na admissão e no atendimento do Serviço que são atendimentos caracterizados como urgência. Tivemos várias conversas internas tentando ver minimamente quem tinha o perfil, pra que pudesse ser deslocado para o Serviço. (ASSISTENTE SOCIAL 6)

Como exposto o Serviço Social se apresenta como profissão integrante do serviço desde sua implementação na Maternidade X, e de forma livre e consciente as profissionais disponibilizaram-se para contribuir no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. Contudo, a profissional admitiu que o processo de definição dos profissionais para atender no serviço especializado às vítimas de violência sexual não foi uma decisão simples, visto que, para intervir nessa questão, segundo a profissional, seria necessário que o profissional se sentisse confortável para trabalhar diante da temática que o serviço aborda, principalmente, por ter a solicitação de aborto como uma realidade do serviço. A profissional complementa:

Se eu não me sinto confortável para trabalhar com esse seguimento mulher vítima de violência, então eu penso que tenho que ter a capacidade, o profissionalismo e a ética de dizer, “olha não dá pra mim”. Eu prefiro trabalhar com esse outro seguimento, e a gente teve essa postura de algumas colegas dentro do Serviço Social. No início todo mundo trabalhava, todo mundo era designado pra atender, depois tiveram colegas que disseram “olha nem que eu perca o número de plantões, mas eu não quero mais trabalhar no atendimento do Serviço, isso não é bom pra mim”. A gente tem essa discussão dentro do grupo, mas infelizmente, em contrapartida ainda tem gente que, eu como profissional, avalio que não seria adequado, mas também não posso barrar, nem posso impor, mas a gente tenta discutir, a gente tanta conversar e dialogar sobre essas dificuldades e se fazer esses questionamentos ne, que as pessoas façam esses questionamentos. (ASSISTENTE SOCIAL 6)

O Código de Ética profissional do Serviço Social em seu Título II Sobre os Direitos e Responsabilidades Gerais do Assistente Social, orienta no seu artigo 4º que é vedado ao profissional assumir responsabilidade por atividade para as quais não esteja capacitado pessoal e tecnicamente. Ao passo que o profissional reconhece que

não tem perfil pessoal e profissional para o atendimento à vítima de violência sexual, assume profissionalmente sua incapacidade para trabalhar diante da demanda e agindo assim de forma ética.

Em contrapartida os profissionais que assumem a responsabilidade pelo atendimento a uma demanda ao qual não se identificam profissionalmente, acabam, de certa forma, ferindo um dos princípios éticos da profissão sobre compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população na perspectiva da competência profissional.

No que diz respeito à compreensão das profissionais sobre quais ações que cabem ao Serviço Social diante uma solicitação de aborto, conseguimos constatar que que das três situações legais em que o procedimento é realizado a Maternidade X, a gestação decorrente de violência sexual, é quase exclusivamente, a única situação que os profissionais orientam e/ou conduzem esclarecimentos sobre a interrupção da gestação. As outras duas situações, risco de morte a mãe e anencefalia, ficam restritas à constatação das equipes médicas, que não procuram ou demandam intervenção do Serviço Social para esse atendimento, conforme relata a entrevistada.

No caso de violência sexual, passa pelo atendimento do Serviço especializado. Nós fazemos atendimento e orientação, a continuidade de como vai acontecer eu não sei te informar, por que a doutora sempre fica a frente. A outra situação de anencéfalo, é encaminhado pra Comissão de Ética para fazer o trâmite da autorização pro procedimento. No caso da gravidez de risco, não chega nem a passar pelo serviço social, na hora que ela chega na admissão, na urgência, que ver que ela tá correndo o risco, comunica a família e já faz o procedimento. (ASSISTENTE SOCIAL 5)

Nesse sentido, das 6 profissionais entrevistadas, 4 afirmaram ter atendido pelo menos uma mulher em situação de gravidez que demandou orientações sobre a interrupção da gestação. Nenhuma profissional afirmou ter atendido nas três situações legais, 3 delas atenderam a situação de violência sexual e 1 de anencefalia. Apenas através dessas afirmativas podemos justificar que prevalência de atendimentos das assistentes sociais para as situações de violência sexual.

Para situação de interrupção da gestação no caso de anencefalia, a ação profissional desenvolve-se através de esclarecimentos à gestante e sua família sobre o direito ao aborto legal e conforme o desejo da mulher. Essa situação em particular, de acordo com o relato da profissional, além da anencefalia fetal a gestação apresentava complicações.

A família estava desejando, a mãe em determinado momento queria, em outro ela resolvia levar até o fim, e terminou sendo realizado por que ela corria risco, quando a equipe realizou todo o acompanhamento, foi necessário fazer mesmo. Ela estava com perda de líquido, tinha algumas complicações, então, naquele momento, o certo seria fazer a interrupção da gestação, então ela fez (ASSISTENTE SOCIAL 1).

Especificamente nos casos de gestação decorrente de violência sexual, a partir das falas das profissionais, constatamos que as principais ações do Serviço Social em relação a interrupção da gestação destacada é a orientação sobre os direitos, a escuta qualificada e o acolhimento. Observa-se dessa maneira, que as profissionais buscam incorporar em seu exercício profissional as orientações dos parâmetros legais que estabelecem de forma bem explícita que as mulheres devem ser atendidas de forma humanizada.

Orientação sobre o direito, encaminhamento para equipe ética. (ASSISTENTE SOCIAL 1)

Quando ela chega que a família já está decidida ou que vem nessa situação de estar dentro do período legal de abortamento a gente orienta né, a primeira questão, o papel do serviço social é orientar essa família, essa pessoa, com relação aos direitos dela. Mas sempre esclarecendo, se ela estiver dentro dos critérios, né, os critérios legais. (ASSISTENTE SOCIAL 3)

Orientação, dos direitos, de como funciona o processo. (ASSISTENTE SOCIAL 5)

O atendimento à mulher tem que ser prestado de uma forma bem ampla, por isso, a gente está aqui pra fazer essa escuta inicial dela, e disponibilizar pra ela nesse primeiro atendimento tudo pra que ela tenha direito de escolher, de optar. Porque as vezes tem mulher que chega aqui, que você sabe que ela está orientada, mas tem muitas que chegam que não. (ASSISTENTE SOCIAL 6)

Tanto a Norma Técnica de *Atenção Humanizada ao Abortamento* como a de *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual*, sugerem que, sempre que possível, as mulheres devem ser informadas sobre as etapas de atendimento e a importância de cada uma delas. Orientar sobre os direitos ao qual lhe são concedidos para que a mulher possa exercer sua autonomia e o poder escolher de forma livre e consciente, principalmente, em caso de gestações decorrentes de violência sexual.

Os *Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde* indicam que é necessário “democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da

população” apresenta-se como uma das principais ações a serem desenvolvidas pelas profissionais (CFESS, 2010a, p.44)

Ao considerar os acordos internacionais em que o Brasil é signatário, onde as principais, Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento, Cairo (1994) e Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing (1995), os países devem considerar que nas circunstâncias em que o aborto não é contra a lei, o sistema de saúde deve tratar e equipar os serviços de saúde para promover medidas seguras e acessíveis para interrupção da gestação, fortalecendo assim os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e crianças como inalienáveis e integrais aos direitos humanos (BRASIL, 2012).

Dessa maneira, como visto no tópico anterior, as orientações legais apresentadas pelas profissionais à mulher em situações de gravidez decorrente de estupro são: prosseguimento a gestação, possibilidade de adoção, bem como a interrupção da gestação se a quantidade de semanas for até 20 semanas, conforme preconiza as normas técnicas.

Na situação de prosseguimento a gestação, as profissionais devem esclarecer sobre os cuidados pré-natais apropriados para situação. De igual maneira, deve ser feito as orientações de forma completa e precisa sobre as alternativas após o nascimento, de permanecer com a crianças ou proceder com os mecanismos de adoção. Nesse segundo caso, os serviços de saúde são responsáveis por providenciar todas as medidas necessárias para o processo regular da adoção (BRASIL, 2012)

De igual maneira, a alternativa sobre a interrupção da gestação deve ser esclarecida sobre a condicionalidades: a primeira delas, é a decisão da mulher, e a segunda a semanas de gestação não ultrapassar 20 semanas, exceto em casos excepcionais, 22 semanas. Ressaltando também, que “caso revele-se, após o abortamento, que a gravidez não foi resultado de violência sexual, [...] no caso verificar-se, posteriormente a inverdade da alegação de violência sexual apenas a gestante, responderá criminalmente pelo crime de aborto” (BRASIL, 2012, p. 69). E assim prosseguir com os procedimentos de justificação e autorização da interrupção da gestação conforme preconiza a portaria nº 1.508/2005, como explicitada no tópico anterior.

A norma técnica ainda aponta que deve ser esclarecido sobre os procedimentos técnicos que serão adotados no procedimento, o tempo e o período de

internação, a segurança do procedimento e os possíveis riscos. As profissionais relataram que, fazem o acolhimento apresentando as informações iniciais quanto aos direitos, no entanto, depois desse primeiro momento, as orientações ficam sob responsabilidade da equipe médica ao qual elas não têm acesso.

A escuta qualificada é destacada pelas profissionais como uma ação importante para o atendimento, na medida em que é o momento onde a mulher expressa a situação vivenciada e dão condições para que as profissionais possam conduzir não só a ação profissional, mas também orientar e conceder os encaminhamentos necessários.

No atendimento da escuta, já recebe o manifesto dela ou no decorrer das orientações, porque o manifesto dela, que ela está orientada, que tem esse direito e vem em busca dele, na fala dela já aparece. É um encaminhamento, quando esse caso chega pra gente que esse manifesto não vem dela, então a gente tem que disponibilizar pra ela isso. Porque as vezes elas chegam aqui, muitas meninas, crianças, adolescentes com as famílias e elas não sabem. Então a orientação pra equipe, a minha específica de profissional do serviço social é que a equipe tem que está pronta e preparada pra disponibilizar pra ela todas as informações pertinentes e tomar as providencias devidas (ASSISTENTE SOCIAL 6)

A profissional ainda destaca a importância da escuta qualificada como lente orientadora para as demais ações profissionais:

O procedimento de primeira linha, de atendimento humanizado é a escuta. A escuta de toda aquela situação daquela vítima que chegou aqui e de quem está acompanhado. A partir daí a gente vai formalizando os outros instrumentais e dando os seguimentos, mas, é a escuta que vai definir minha linha de atendimento. Acho o instrumento mais precioso nesse primeiro momento. Temos esses instrumentos, escuta qualificada e instrumentos técnicos devidos pra fazerem parte do prontuário dela. (ASSISTENTE SOCIAL 6)

A escuta qualificada é considerada pela *Atenção Humanizada ao Abortamento* como responsabilidade de todos os profissionais de saúde, que devem evitar julgamentos e comentários que possam ferir a autonomia e o poder de escolha das mulheres. Assim, coloca-se como responsabilidade da equipe, através do procedimento de escuta qualificada: respeitar a fala da mulher; identificar e avaliar as necessidades e riscos dos agravos à saúde, garantir a privacidade no atendimento e confidencialidade das informações, realizar procedimento técnico de forma humanizada, dar encaminhamentos aos problemas apresentados (BRASIL, 2011a).

Junto da escuta qualificada e das orientações sobre os direitos, o acolhimento faz parte das ações profissionais como destaque. Visualizam essa ação profissional

como uma das maiores contribuições da profissão para o serviço especializado de atenção à mulher vítima de violência sexual.

Acho que é indispensável né, no acolhimento, o profissional de serviço social se torna uma ferramenta muito importante, por quê? Porque a gente está abrindo a porta, fazendo aquele acolhimento, conversado, orientando, e acredito que isso. Não sei nem se a palavra é correta, mas alivia a tensão, da vítima, quando você chega que você conversa, que você começa a trazer todas as informações, a gente percebe que é importante nosso papel por isso, nosso acolhimento que é feito aqui. Orientar, conversar, aliviar. (ASSISTENTE SOCIAL 1).

O acolhimento é citado pelas normas técnicas como elemento importante para qualidade do atendimento humanizado. “Por acolher entenda-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos(as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência” (BRASIL, 2012, p. 21). Aliado a escuta qualificada, orientações e esclarecimentos, visa responder às necessidades de saúde mental e física das mulheres que procuram os serviços especializados.

Por considerar que as mulheres que procuram os serviços estejam fragilizadas, mental, físico e psicologicamente, o acolhimento é destacado como parte integrante de uma prática educativa e que reflete na qualidade da relação entre profissional de saúde e usuária na perspectiva de um atendimento humanizado (BRASIL, 2011a)

Para isso, Brasil (2012) reforça que é necessário um local específico, preferencialmente fora do espaço de pronto-socorro e triagem, para que se possa garantir a privacidade das vítimas. Dessa maneira, o acolhimento contribui para um ambiente de confiança com respeito e compreensão a complexidade da situação.

O acolhimento também aparece na Política Nacional de Humanização (PNH) como um conceito e diretriz que norteia a política, assim, considera o acolhimento como um valor nas práticas de saúde e que deve ser construído de forma coletiva. Objetiva a construção das relações de confiança, vínculo e compromisso entre os serviços de saúde, os profissionais integrantes dele e as usuárias. A política orienta que o acolhimento deve ser feito através de escuta qualificada como estratégia de “garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde” (BRASIL, 2013c, p. 8).

4.2.2 O aborto legal na ótica dos sujeitos investigados

A discussão sobre direito ao aborto no Brasil apresenta uma zona de conflito bem explicitada, de um lado, o posicionamento favorável protagonizada pelo movimento feminista e do outro, o posicionamento desfavorável capitaneado pela Igreja Católica. Esta última com iniciativas contínuas, constantes e bem estruturadas que se estende sobre o parlamento, os meios de comunicação, o judiciário bem como os serviços de saúde (MELO, 2005)

Por ser uma questão polêmica que perpassa diversas dimensões das relações sociais, a contraditoriedade de posicionamentos dos sujeitos políticos e sociais interfere diretamente nas formas como as políticas públicas sobre o aborto são conduzidas e discutidas, principalmente no que se refere a organização da legislação e a assistência ao abortamento a partir do acesso ao aborto legal.

O fato é que mesmo que o aborto seja considerado legal em situações específicas e que o acesso ao procedimento legal e seguro seja amparado e assegurado por diversos dispositivos da legislação, estudos demonstram que as mulheres brasileiras têm dificuldades de informação e acesso aos serviços de aborto legal, por isso vivenciam entraves para a realização destes procedimentos nas unidades de assistência à saúde reprodutiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Os principais entraves para efetivação desse direito são: a escassez de serviços, a indisponibilidade de informações sobre os direitos, e principalmente as posturas dos profissionais de saúde ao lidarem com essa questão. (SOARES, 2003; DINIZ et al., 2014; ROCHA, 2009; DINIZ e MADEIRO, 2016)

No que concerne a compreensão das assistentes sociais entrevistadas sobre o aborto legal conseguimos identificar a existência de uma zona de conflito, como citada anteriormente. Duas profissionais apresentaram posicionamento desfavorável a questão, por considerar convicções religiosas ou o direito à vida do feto. Outras duas demonstraram posicionamento favorável analisando-o como um direito legal e de decisão da mulher. Apenas uma profissional não se posicionou e outra afirmou não ter opinião formada.

A profissional que relatou não ter opinião formada sobre o assunto, fez várias reflexões sobre o tema. Reconheceu a necessidade de ampliação do debate sobre o aborto pela magnitude de abortos ilegais e inseguros que interferem na qualidade de vida das mulheres, e ressaltou como o direito de escolha da mulher sobre o próprio

corpo. Mas também, considerou o direito à vida e a necessidade da ampliação de serviços que apoiem a mulher em situação de gestação:

Não tenho uma opinião totalmente formada, o que eu acho é que a gente tem que ampliar a discussão, no país deixar mais as claras. Porque ao mesmo tempo que a gente sabe dos abortos ilegais, sabe dos abortos clandestinos, das mortes né, que existem mulheres que não encontram no estado ou na sociedade o amparo devido e procura essas clínicas, ou então mesmo em casa, fazem o aborto. Agora a gente sabe que a mulher ela tem que ter o direito dela de livre escolha na sociedade. Mas também eu fico pensando pelo lado da vida né, já que a responsabilidade não é só pelo corpo dela, mas também por aquele feto que está sendo formado ali dentro dela. [...] E eu fico assim, sem uma opinião clara sobre isso, ao mesmo tempo que eu acho importante considerar a mulher, a opinião dela, o direito de escolha, eu também penso na questão do ser vivo que está ali. Eu acho que também deveriam ser ampliados os serviços de apoio a mulher gestante, por conta de que muitos desses abortos poderiam inclusive, ser evitados né, se a mulher tivesse apoio necessário, se pudesse encorajar ela até o final da gravidez (ASSISTENTE SOCIAL 2).

A defesa à vida também apareceu na fala das profissionais que demonstraram ser desfavoráveis ao aborto, uma delas expressou claramente a influência da convicção religiosa. As profissionais ressaltaram que enquanto a legislação garantir a permissividade, é necessário que se respeite e se cumpra a lei. Não apareceu na fala dessas profissionais a compreensão do direito de escolha da mulher ou direito sexual e reprodutivo.

Na realidade eu acho que, porque eu sou religiosa, muito católica, isso até interfere, às vezes nas discussões. Eu acho que todo mundo tem direito a vida e falando mais pelo lado jurídico e profissional eu pergunto, e essa vida, será que ela tem direito? [...] são questões que muitas vezes a gente nem encontra respostas. Pela minha formação religiosa eu digo que eu sou contra, mas quando parte, pra parte jurídica, de que é pra ser feito, é um dilema, luto com esse dilema. Da parte de lei, que lei a gente não discute, a gente cumpre. Então se é determinação, então a gente tem que cumprir. E eu vejo a angústia de alguns profissionais nesse sentido, ah, será se eu estou fazendo o certo? Será que isso realmente não vai me trazer um desconforto futuramente? Mas a gente está cumprindo o que está determinado, né? (ASSISTENTE SOCIAL 1)

Eu acho que é um ato que precisa ser revisto essa questão, por que a gente luta pela vida e de repente você tira a vida, né. Eu acho que o aborto na realidade, eu não posso me posicionar contra, em determinadas situações, mas eu lutarei contra o aborto se for necessário. Se dissesse assim, vamos ver por categorias, quem é a favor do aborto e quem não é. Eu votaria contra. Ontem mesmo nós discutimos em relação a isso, por que, é um paradoxo você vai tirar a vida de um ser que não tem nada a ver com aquela situação. Mas, a lei assiste então, né. (ASSISTENTE SOCIAL 4)

Nesse momento há dois pontos que merecem ponderações: direito à vida e a interpretação da religião sobre o aborto. Não há um consenso sobre a definição do momento que se inicia, ou, que se termina a vida, principalmente no âmbito da prática em saúde. Segre (2006) pontua que afirmar que a vida se inicia na fecundação é tão aleatória como dizer que a morte é definida por uma parada cardíaca, respiratória ou das funções cerebrais.

Orozco (2013) afirma que a ciência não consegue definir quando a vida da pessoa humana começa e pondera que o direito à vida vai além da visão biológica, implica considerar a dignidade, direitos, autonomia e em um processo de construção cultural.

O que está em jogo é a vida das pessoas dentro de um contexto político, social, cultural e de direitos. O uso do corpo, o controle do corpo, a regulação do corpo, a violação do corpo são aspectos que permitem identificar se estamos diante de uma pessoa ou de um sujeito reduzido meramente convertido em um corpo biológico[...] a pessoa é uma construção cultural. As políticas de defesa da vida humana deveriam proteger o corpo biológico, mas também a dignidade das pessoas, seus direitos e sua autonomia. (OROZCO, 2013, p. 24)

Nessa perspectiva não conseguimos identificar qual vida manifestaram defesa, visto a magnitude de vidas perdidas de mulheres pobres por complicações de procedimentos inseguros de interrupção da gestação todos os anos no Brasil. De certa forma não há uma defesa ao aborto, mas sim, à vida, na medida que as mulheres tenham acesso a procedimentos seguros e de qualidade e que não coloquem sua vida e sua qualidade de vida em risco.

Ao considerar que todas as profissionais são cristãs interpretação dessa religião sobre o aborto “é clara, simples e taxativa”, conforme Aguirre (2006, p. 13), considera como algo ruim, pecado e crime. Embora defenda a sacralização da vida, estudos de Rosado-Nunes (2006) e Hurst (2006) apontam que a avaliação da religião cristã sobre o aborto é mais moral do que a defesa a vida em si.

Durante muito tempo da história do cristianismo, a punição ao aborto não referia “ao feto cuja à vida seria retirada, mas ao adultério que o aborto revelaria. A preocupação central – da Igreja como do Estado – era a constituição do casamento monogâmico como regra para toda a sociedade” (ROSADO-NUNES, 2006, p. 24). Assim, se defendia a proteção do núcleo familiar, uma vez que o aborto poderia revelar adultério e ferir a moral da família, que deveria ser preservada.

Tais estudos também citam que durante muito tempo na história não houve um consenso dentro da igreja sobre quando o feto se tornaria ser humano. Apenas em 1869, que o Papa Pio IX considerou o aborto pecado em qualquer circunstância e permanece até hoje como posicionamento oficial da Igreja (HURST, 2006).

Ao defender a vida desde a concepção, equipara o aborto ao homicídio, no entanto, a concepção da igreja sobre o aborto retrata a herança tradicional de negação da sexualidade humana a qual historicamente condenou o prazer e o desejo ligados ao exercício da sexualidade, à procriação, que reduz assim, as mulheres com apenas a função biológica da reprodução, Rosado-Nunes (2006).

O Brasil é o maior país católico do mundo e seus valores atuam fortemente, pela subjetividade, no plano simbólico, conforme apotam Citeli e Rosado-Nunes (2010). Nesse sentido as autoras consideram que os valores religiosos em relação ao aborto se expressam como uma “violência simbólica” contra as mulheres, que por meio da coação ameaçam a autonomia, liberdade sexual e ao direito de decidir sobre a reprodução destas, via crenças e preconceitos legitimados.

Infelizmente a compreensão religiosa sobre o aborto reforça, de certa maneira, a ordem simbólica do patriarcado que condiciona a mulher à capacidade biológica reprodução humana e reduz ao útero o dever da gestação, negando assim a perspectiva da autonomia da mulher sobre a escolha da maternidade, e desconsidera ser um ato de escolha plenamente humana.

O fato é que, concordamos com Farias (2014) sobre considerar que a vivência religiosa não de servir de parâmetro para orientar as práticas profissionais que atuam no âmbito das políticas públicas, muito menos, na ocasião dos serviços na qual tenha a interrupção da gestação como uma demanda presente no cotidiano profissional. As influências religiosas acarretam danos irreparáveis à saúde das mulheres, constitui-se como uma violação dos direitos humanos e principalmente para realização da cidadania.

Precisamos ponderar que, apesar da interpretação cristã ter influenciado as ações profissionais durante muito tempo da história do Serviço Social não cabe mais nas ações profissionais do Serviço Social contemporâneo, visto que o atual Projeto Ético-Político é resultado de uma recusa a perspectiva conservadora e tradicionalista que marcou a história da profissão.

Nesse sentido, é com a apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica e ético-política, canalizado por um movimento de reconstrução da clareza ética da

profissão que concordamos com Vasconcelos (2013, p. 27) sobre termos condições “para um exercício profissional consciente, crítico e politizante” com vistas na superação de práticas conservadoras no seio da profissão.

Duas profissionais demonstraram posicionamento favorável ao aborto, apenas nas situações legais. Uma delas ressaltou a mulher um sujeito capaz de decidir com autonomia sobre seu corpo e com direito de acesso a serviço de saúde de qualidade e humanizado para interrupção da gestação.

Eu sou a favor, mas assim, se for no início a gestação no âmbito do estupro, na questão da gravidez não desejada não. Já que se ela não se interessa em ter aquela criança, ou não tem condições seja ela psicológica, seja financeira, eu sou a favor dela vir e entregar a criança (ASSISTENTE SOCIAL 5).

Como profissional, minha compreensão do aborto é consigo separar a minha declaração de religião declarada que é a católica, mas compreendendo que a mulher tem esse direito. A mulher tem o direito de ter assistência à saúde de qualidade, ela teria o direito de ter todos os meios disponíveis pra que ela precisasse recorrer a esse dispositivo legal, que é o aborto. Mas a gente entende que a situação do país é muito complicada, a gente sabe da violência. E é um direito dela, eu acho que a mulher tem o direito de decidir sobre o corpo dela. Não tem que ser questionada se por que que ela ficou grávida, que ficou por que quis, se ficou vulnerável, aconteceu e é um direito dela de decidir o que vai ser feito, discutir com o possível parceiro, que caso ela tenha, mas tem a situação de violência extrema que ela não tem essa discussão, então é um direito dela, e é um direito que o país resguarda ela de ter, simples assim. (ASSISTENTE SOCIAL 6)

A interpretação dessas profissionais demonstrando-se favoráveis ao aborto legal, foi a expressão mais próxima do que é defendido pelo movimento político e social do feminismo, que direciona a defesa a efetivação dos serviços de aborto legal serem disponíveis e seguros, para que assim se reafirmar o compromisso com cidadania.

O movimento feminista entende o direito ao aborto como parte dos direitos sexuais e reprodutivos, estes conseqüentemente, como parte dos direitos humanos. De certa maneira, o discurso feminista não parte da premissa de ser contra ou a favor da vida ou se é favorável ou não ao aborto, considera que o Estado tem o dever de disponibilizar as condições necessárias para que as mulheres tenham acesso ao direito de interromper a gestação (VILLELA, 2011).

Outro ponto em destaque que o movimento feminista defende é que o Estado não pode criminalizar a mulher que decide interromper uma gestação por não se sentir capaz ou não tenha desejo de assumir uma responsabilidade que não é nunca será pequena (VILLELA, 2011).

A defesa contra a criminalização da mulher por abortamento nas situações não previstas em lei não apareceu na fala de nenhuma das profissionais. Como visto nos capítulos anteriores, o posicionamento da entidade representativa do Serviço Social é favorável a essa questão.

Assim, questionamos as profissionais sobre como elas pensam a respeito do debate que o conjunto CFESS/CRESS faz sobre o aborto e os posicionamentos foram variados também, mas no geral, observamos um distanciamento do posicionamento oficial da profissão. Uma profissional afirmou concordar e outra afirmou que discorda, duas afirmaram concordar parcialmente e duas profissionais ressaltaram não ter conhecimento sobre o posicionamento do conselho.

A única profissional que afirmou concordar com o posicionamento do CFESS/CRESS, foi a mesma que preferiu não expor posicionamento sobre o aborto, no entanto também não fez reflexões sobre o posicionamento do conselho profissional: “*Sim, conheço e concordo*” (ASSISTENTE SOCIAL 3).

A assistente social que afirmou não concordar com o debate do CFESS/CRESS justificou que seu posicionamento não interfere na atuação profissional, e ressaltou que a lei deve ser cumprida. Acreditamos que ela se referiu ao direito de aborto nas situações legais.

Pelo olhar religioso, por uma questão pessoal não concordo com o debate do CFESS/ CRESS, só no âmbito do aborto legal. O pensamento pessoal não interfere na atuação profissional, por que a necessidade do atendimento de um acompanhamento, eu não vou, de forma alguma me recusaria a cumprir o que a lei determina. Embora contraditório, é real. A lei cumpre-se. (ASSISTENTE SOCIAL 1)

Observamos que as profissionais que afirmaram não concordar totalmente expressaram a defesa apenas para as situações em que o aborto é permitido por lei.

Não concordo totalmente né, como eu te falo, do mesmo jeito que eu acho que a gente tem que se livrar de questões machistas, e que a gente tem que reconhecer o direito de livre escolha e de decisão da mulher, eu penso também na questão do feto que se gera, da outra vida que ela carrega. (ASSISTENTE SOCIAL 2)

posicionamento deles é um posicionamento dentro da ética. é claro que a usuária tem todo direito legal, nos casos que é respaldada. Mas no caso do aborto voluntário não concordo. só nos casos legais atualmente (ASSISTENTE SOCIAL 4)

É interessante considerar que as duas profissionais que manifestaram ser favoráveis ao aborto, são as mesmas que afirmaram desconhecer ou não ter acesso

ao debate feito pelo conselho profissional. As profissionais ressaltaram a necessidade e importância da publicização do debate feito pela entidade representativa e uma maior aproximação do conselho com os espaços profissionais.

Não tenho acesso a discussão do conselho, de eu ler um documento do CFESS, CRESS, honestamente não. Mas me interessa em compreender (ASSISTENTE SOCIAL 5)

O que eu lamento é que, claro que essas discussões existem, mas ficam muito, fica muito da busca do profissional pra ir atrás das informações. (ASSISTENTE SOCIAL 6)

Como observamos nos capítulos anteriores, o conjunto CFESS/CRESS, enquanto entidade representativa do Serviço Social aproximou-se do movimento feminista no decurso dos anos de 1990, ao passo que a profissão redefiniu sua orientação teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política. Assim a partir de 2009 publicizou seu posicionamento favorável ao debate da descriminalização e legalização do aborto e tem reforçado sobre o aborto como pauta de luta da profissão desde então.

Os principais meios de publicização sobre esse posicionamento utilizados pela entidade representativa, são o site oficial do CFESS com informativos através do *CFESS Manifesta* e recentemente a atualização da publicação do documento *Bandeiras de luta do conjunto CFESS/CRESS* que estão disponíveis de forma gratuitas com autorização para acesso a qualquer momento

O *CFESS Manifesta* é uma produção dá visibilidade aos posicionamentos do Conselho Federal sobre os diversos temas e acontecimentos nacionais e internacionais, sobre a conjuntura histórica e suas interferências nas políticas sociais e no trabalho dos assistentes sociais. O informativo objetiva expressar a defesa do Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro e, também, compartilhar reflexões críticas e propostas de ações que tem relações a agenda do Conjunto CFESS/CRESS, é destacado também como referência para pesquisa na área do Serviço Social, inclusive nesta.

O documento *Bandeiras de luta do conjunto CFESS/CRESS* é um documento que condensa as pautas políticas construídas coletivamente no 46º Encontro Nacional do Conjunto CFESS/CRESS que aconteceu em Brasília ano 2017. A maior parte das deliberações referenciadas faz parte do Eixo de Ética e Direitos Humanos. A construção desse documento foi norteadada pela necessidade de consolidar um

mecanismo de diálogo com a profissão para expressar as lutas políticas bem como os princípios éticos da profissão. O documento se estrutura em três eixos: defesa da profissão, da seguridade social e dos direitos humanos, neste último é citado a temática do aborto (CFESS, 2018).

Sobre a publicização do posicionamento da entidade representativa uma profissional relata:

Nem todo mundo tem acesso, não ver os documentos ou não vai atrás, ou divulgado muito pouco, a própria entidade não procura disseminar mais essa discussão, devia sair os boletins e fazer umas rodas nos serviços, a gente fica muito mais de interesse pessoal de ir atrás. A gente percebe na nossa categoria profissional posturas diferentes de profissionais, a gente sabe que tem a questão religiosa ainda muito arraigada e as vezes que tem essa dificuldade de considerar, de concordar com a questão do aborto, ser favorável. (ASSISTENTE SOCIAL 3)

No 47º Encontro Nacional do Conjunto CFESS/CRESS (2018), deliberou-se como prioridade para o ano de 2019 a difusão das Normas Técnicas de Atenção Humanizada ao Abortamento e Prevenção e Tratamento aos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra mulheres e adolescentes do Ministério da Saúde a serem feitas pelos Conselhos Regionais de cada estado. Como forma de buscar informações sobre a execução dessa deliberação prioritária verificamos o site oficial do Conselho Regional de Serviço Social, 22ª Região -Piauí e não encontramos informações sobre o tema.

Constatamos que no ano de 2019 ocorreu nas cidades de Parnaíba e Floriano a multiplicação do curso Ética em Movimento, um projeto elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social que discute assuntos relacionados ética profissional e direitos humanos, neste último pontua o posicionamento da entidade representativa sobre o aborto no Brasil. Ressaltamos que a multiplicação desse curso aconteceu em Teresina no ano de 2017, visto que a pesquisadora participou da atividade.

Mesmo assim, reiteramos a relevância do Conselho profissional possibilitar o debate através de seminários, conferências, rodas de debate como forma de estimular a disseminação de informações em relação ao posicionamento da entidade representativa sobre o debate do aborto no Brasil.

Ao considerar que não há movimentos em relação ao Conselho Regional sobre esse debate as profissionais, questionamos se as mesmas já participaram de algum debate ou capacitação promovida pela Maternidade X ou pelo Serviço especializado

no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual especificamente sobre o aborto legal que pudessem contribuir com o desempenho de suas ações em ambos serviços, apenas uma das profissionais relatou ter participado. Uma capacitação promovida pelo Ministério da Saúde/Ministério da Justiça e pela Secretaria de Política para Mulheres, no ano de 2014, sobre a *Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios*.

Já tivemos vários eventos, a própria SESAPI, promove encontros, seminários, sempre que tem eu participo. Mas não lembro, mas os temas é saúde da mulher, saúde do homem tivemos a capacitação dos nossos funcionários. No âmbito do aborto eu nunca participei, até porque eu me recuso. [...] Mas assim, eu tive essa orientação religiosa que aborto é pecado, então não tenho interesse em me aprofundar. Só se for extremamente necessário, mas eu tenho que quebrar essa barreira, se não. (ASSISTENTE SOCIAL 1)

Não, a gente sempre tinha uma pessoa que participava de quase tudo, né, ela era a referência aqui do Serviço. Mas eu particularmente nunca participei (ASSISTENTE SOCIAL 2)

Quase não há. A última capacitação, a profissional designada foi eu assistente social, uma de cada área né, psicólogo, médico, a gente foi em Brasília, mas já tem um tempinho já, nem me lembro, já tem uns 2 ou 3 anos, e assim a gente procura fazer internamente, assim, como que se diz, auto capacitações né fazendo leituras, estudos, minha forma e assim, minha forma de me apropriar é fazendo leituras. [...] não tem algo do serviço mesmo pra promover capacitação pra toda a equipe, isso não existe aqui, já temos discutido com a equipe profissionais. (ASSISTENTE SOCIAL 3).

Não. Há três anos uma colega foi para Brasília, com outra pessoa do setor administrativo e uma enfermeira do Serviço. Não há no âmbito do aborto legal ou de qualquer outra ação. (ASSISTENTE SOCIAL 4)

No serviço não há discussão sobre aborto legal, eu particularmente nunca fiz. Soube que uma colega fez, eu particularmente nunca participei e tenho muita vontade de participar. E outra coisa, que tem que ser determinante no serviço, não teve nunca e eu acho que preciso. (ASSISTENTE SOCIAL 5)

Precisamente pra essa temática de aborto legal, não. Aconteceu no decorrer da implantação do Serviço [...] a gente tinha muitas capacitações, minimamente necessária, mas não na temática do abortamento legal, mas sim na execução do serviço. No contexto do serviço de forma mais ampla ou direcionado para o aborto legal, não. Nem pra equipe multiprofissional nem pro Serviço Social. (ASSISTENTE SOCIAL 6)

Conseguimos observar pela fala das entrevistadas que quando o Ministério da Saúde disponibiliza esse tipo de atividade fora da instituição ao qual trabalham, apenas uma profissional de cada especialidade que compõe a equipe multiprofissional do serviço é selecionada para participar, e ressaltaram que, pela disponibilidade é sempre a mesma profissional selecionada. Contudo, ela fica responsável pela

multiplicação do curso para as profissionais do setor de Serviço Social, mas não apareceu na fala das profissionais se a multiplicação do curso aconteceu.

Tanto a norma técnica de *Atenção Humanizada ao Abortamento* como a de *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual* orientam sobre a necessidade de capacitações para toda equipe de saúde envolvidas diretamente na assistência à mulher vítima de violência, tanto para a equipe do atendimento, com orientações sobre atendimento humanizado, como para os médicos sobre as diferentes técnicas de interrupção da gestação (BRASIL, 2011a; 2012).

Há que se promover, sistematicamente, oficinas, grupos de discussão, cursos, ou outras atividades de capacitação e atualização dos profissionais. Isso é importante para ampliar conhecimentos, trocar experiências e percepções, discutir preconceitos, explorar os sentimentos de cada um em relação a temas com os quais lidam diariamente em serviço, a exemplo de violência sexual e do aborto, buscando compreender e melhor enfrentar possíveis dificuldades pessoais ou coletivas. Isso porque, ao lidar com situações de violência, cada profissional experimenta sentimentos e emoções que precisam ser reconhecidos e trabalhados em função da qualidade do atendimento e do bem-estar do(a) profissional envolvido(a). É importante também desenvolver uma sistemática de autoavaliação da equipe, sem deixar de considerar o limite da atuação de cada profissional. (BRASIL, 2012, p. 34)

Observamos também que a Portaria Interministerial nº 288/2015, que estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios, considera ser competência da Secretaria de Políticas para Mulheres e aos Ministros de Justiça e Saúde a promoção de capacitação dos profissionais de segurança pública, dos gestores e profissionais de saúde dos serviços de referência a violência sexual contra a mulher, para atendimento humanizado, bem como registro e informações de coleta de vestígios. Como observado, capacitação essa em que a profissional do serviço participou. (BRASIL, 2015).

Consideramos que a falta do investimento na qualificação dos profissionais de saúde, para realização do atendimento às mulheres vítimas de violência sexual constituem-se como um descumprimento de tais legislações. E como lembra Farias (2014), reflete uma falta de vontade política por parte dos três níveis de gestão em saúde para investimento na realização de capacitações permanentes sobre uma

temática que é realidade nesse serviço. Tal falta de vontade também pode ser considerada, visto que, não há uma divulgação ou visibilização dos serviços de aborto legal na realidade de Teresina.

Mesmo assim, ao considerar a fala das profissionais, podemos perceber que houve eventos que possibilitaram um espaço de debate sobre a saúde da mulher, muito embora tenha sido relatado que não houve momento específico para o tema do aborto. Como forma de verificar os debates ocorridos quem envolvem a temática do aborto, utilizamos o site oficial da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí, como fonte de levantamento de dados sobre eventos que, de alguma forma, citou o aborto no debate.

Assim, ativamos a ferramenta “busca avançada” inserimos no título a palavra “aborto”, para procurar notícias que no conteúdo contivesse a palavra e obtivemos o total de 6 notícias com data de publicação entre os anos de 2004 a 2019, na qual informava sobre eventos realizados no estado e a temática do aborto foi pontuada. Conforme o Quadro 10, constatamos que ao longo do período selecionado ocorreram oficinas, seminários, capacitação e mesa redonda. Todas citaram o aborto relacionando-o principalmente ao conteúdo de violência sexual e atenção humanizada.

Quadro 10 – Espaços de debates sobre o Aborto				
Anos	Atividade	Tema	Instituição 1	Discussão que envolve o aborto
2004	Oficina	Vigilância epidemiológica de mulheres em idade fértil	SESAPI	Aborto como causa de mortalidade materna
2005	Seminário	Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada	SESAPI	Assistência humanizada ao abortamento
2006	Seminário	Atenção obstétrica e Neonatal Humanizada	SESAPI Ministério da Saúde	Aborto como causa de mortalidade materna
2009	Capacitação	Violência e mídia	Ministério da Saúde Instituto Patrícia Galvão	Cita dificuldades de divulgação nos serviços de aborto
2011	Seminário	Direitos sexuais e saúde reprodutivas das pessoas com deficiência	SESAPI	Aborto como tema de mesa temática
2011	Oficina	Utilização do Protocolo de Atendimento às vítimas de violência Sexual	SESAPI	Dificuldade de acesso ao aborto legal

2019	Mesa Redonda	Violência contra a mulher	Maternidade X	Aspectos jurídicos sobre o abortamento legal
------	--------------	---------------------------	---------------	--

Fonte: Sistematização da autora

Como as notícias apresentaram conteúdo bem pontuais não aprofundaremos discussão sobre os eventos, buscamos apenas, demonstrar que, os eventos embora com conteúdo diversos: vigilância epidemiológica, atenção obstétrica e neonatal, violência sexual, direitos sexuais e reprodutivos a temática do aborto apareceu em todos eles, demonstrando assim a relevância e a necessidade da discussão sobre a temática nos diversos contextos de saúde da mulher.

Os *Parâmetros para atuação do assistente social na saúde* reafirmam que as atividades de qualificação e formação profissional são indispensáveis para o aprimoramento profissional e objetivam a melhoria da qualidade de serviços prestados aos usuários na perspectiva dos princípios do SUS, de universalidade, integralidade e participação social. E reflete também, uma forma de reafirmar os fundamentos teórico-metodológicos, técnico-operativos e ético-políticos da profissão. (CFESS, 2010a).

Consideramos que a não realização de capacitações sobre o atendimento, especialmente sobre a temática do aborto legal possibilita um não aprimoramento para o exercício profissionais das assistentes sociais que atuam diretamente com as situações no seu cotidiano profissional. Dessa maneira, reconhecemos a importância da participação das profissionais nesses espaços de debate como forma de contribuir com o conhecimento em relação a atuação adequada diante da demanda de aborto legal. E para fortalecer essa ideia, as profissionais reconhecem a necessidade desses momentos, como forma de contribuir com a qualificação de sua ação profissional.

É necessário lembrar do estudo de Diniz e Madeiro (2016), reconhece a capacitação da equipe quanto a ampliação do conhecimento sobre a legislação e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. O desconhecimento dos profissionais interfere diretamente no atendimento adequado as mulheres que demandam atendimento para interrupção da gestação. Dessa forma, concordamos e defendemos a capacitação continuada dos profissionais como ferramenta básica e necessária para melhoria ao acesso das mulheres aos serviços.

Assim, para compreender, se ou como ocorre, o debate sobre o aborto no contexto do serviço especializado, as profissionais relataram que de forma unânime

que não se discute sobre a temática, nem no âmbito da Maternidade X, nem no serviço especializado, nem na equipe multiprofissional:

A equipe né, diz que é equipe multiprofissional mas a equipe não tem multi profissionalmente não tem se reunido, as vezes a equipe de serviço social se reúne enquanto categoria, do serviço Social, né, esporadicamente a gente discute algumas questões, mas enquanto equipe multiprofissional de reunir médicos, psicólogas, assistentes sociais a gente tem todos esses profissionais que atendem no Serviço, mas essa discussão coletiva é muito esporadicamente, muito difícil, tem sido cada vez mais raro. (ASSISTENTE SOCIAL 3)

Não há. Na realidade é assim, não é um mito, mas não se abre pra discussões é uma coisa, é um serviço prestado, mas sem debate, sem participação da equipe multidisciplinar, sem entrosamento. Eu venho, faço meu serviço, a psicóloga vem faz o dela quando é convocada. (ASSISTENTE SOCIAL 4)

Eu confesso que estou há 5 anos e a única forma que já foi discutida, nem que foi discutida em si, eu nunca participei de uma roda do Serviço, da maternidade em si tratando sobre esse tema. (ASSISTENTE SOCIAL 5)

Então como a gente não consegue ter um atendimento e uma discussão da equipe com um todo. [...]A gente não consegue enquanto equipe, e é aí que tá o problema. A gente sabe que a discussão em relação a formalização do processo de aborto legal, do documental exigido pra isso, é um dificultador, e a gente sempre está provocando essa discussão. [...] Não é uma rotina você discutir no coletivo. Pela equipe formalmente como deveria ser, não há uma discussão sobre o aborto legal. [...] Mas não existe enquanto coordenação aquele disparador, como a gente discutiu e que sempre gostaria que fosse.[...] Só há discussão quando há um caso, e isso é fato. (ASSISTENTE SOCIAL 6)

Tal questão apresenta-nos como preocupante, visto que mesmo se reconheça que a demanda pela interrupção da gestação ocorra no âmbito do serviço, os profissionais não discutem sobre o tema. Inclusive, uma das profissionais reconhece como uma das dificuldades enfrentadas na implementação dos serviços de aborto legal na realidade de Teresina.

A profissional reconhece:

Agora você retomou uma questão bem séria, desde o começo, quando essas dificuldades da implantação do aborto legal, elas ficam muito a nível de: “há tem uma reunião no final do ano e foi inserido esse conteúdo”, mas não há uma preparação de fato dos profissionais pra isso só. Foram capacitações ao longo do tempo, mas muito no superficial, que pra mim é uma falha. (ASSISTENTE SOCIAL 6).

Ao observar todo percurso de análise do olhar das profissionais sobre o serviço especializado no atendimento à mulher vítima de violência sexual, constatamos que as profissionais, em sua maioria, além de não terem um posicionamento favorável a

questão do aborto, relataram não vivenciar sequer algum tipo de qualificação profissional para compreensão do tema em questão.

E para condicionar uma situação mais preocupante, é o fato de a própria equipe não desenvolver momentos específicos de discussão em relação a uma temática que carece de esclarecimentos e orientações.

4.2.3 Contribuições e limites profissionais das assistentes sociais na defesa intransigente do direito ao aborto legal

O Serviço Social é uma profissão que lida diretamente com o acesso aos direitos sociais. Assim, analisamos o aborto como um direito, conforme os dispositivos internacionais têm tratado, e visualizamos os profissionais de Serviço Social como um viabilizador ao acesso destes, na medida em que são os profissionais responsáveis pelos esclarecimentos sobre os direitos.

Conforme Vasconcelos (2013) a existência de um direito social não determina necessariamente o acesso a ele como tal, pois, dependendo da forma como é usufruído poder ser visto com um objeto de favor, doação, troca ou controle. Por isso se faz necessário a garantia de um acesso consciente, crítico como um elemento fundamental de transformação de um direito formal em direito real.

Embora o aborto tenha sido uma temática pouco discutida no âmbito dos serviços especializados no atendimento as mulheres vítimas de violência sexual, com ausência de capacitações e debates coletivos, buscamos compreender as percepções profissionais sobre as contribuições do Serviço Social nesse serviço, especialmente para o acesso as mulheres interrupção da gestação nas situações permitidas por lei, como um direito.

Dessa maneira, constatamos que as profissionais consideram como as principais contribuições do Serviço Social nesse serviço especializado refere-se as suas ações profissionais que garantem o acolhimento através da escuta qualificada como condição para os melhores esclarecimentos sobre os direitos e os encaminhamentos que as usuárias necessitarão. A utilização da escuta qualificada foi considerada como instrumento que possibilita o profissional identificar necessidades que nenhum outro profissional conseguiu captar, e assim, conduzir os melhores encaminhamentos conforme a necessidade das usuárias.

Com os instrumentais que nós utilizamos, com a escuta qualificada, que muitas vezes identificamos situações que nem a médica identificou, nem a delegacia, e que faz parte né, do contexto sócio familiar da mulher e a gente pode está orientando, acompanhando um pouco né. O próprio encaminhamento aos órgãos competentes pra que eles possam dar assistência a ela no lugar próximo né, de sua casa, eu acho que a gente contribui muito com isso. (ASSISTENTE SOCIAL 2).

Eu particularmente aciono muito o conselho tutelar e o CREAS, são os que mais aciono, mas assim, são poucos os casos de pacientes que não vem acompanhada do conselho. Orientação do apoio psicológico, orientação a essa mãe. As vezes quando a criança é uma vítima, mas eu também acho que a própria família também precisa de atendimento. Casos de mães que precisam de atendimento psicológico também pela situação, pelo desespero, envolvendo a questão da família. (ASSISTENTE SOCIAL 5)

O acolhimento também foi destacado como uma das principais contribuições para o serviço, visto, a fragilidade emocional e psicológica que as vítimas no contexto da violência sexual além de expressar umas das principais ações do Serviço Social no âmbito desse serviço e faz parte do processo de apoio psicossocial preconizados pelas normas técnicas.

A gente proporciona esse momento que a família consegue, é, se sentir que está sendo acolhida pelo serviço, que está sendo ouvida e a gente proporcionar essa articulação com a rede, acho que isso é importante. (ASSISTENTE SOCIAL 3).

As normatizações são claras quanto ao dever da equipe de saúde no processo de reconhecimento dos problemas que a violência acarreta, e por isso, deve-se propiciar um espaço em que se possa garantir o acolhimento as pessoas envolvidas no contexto da violência. Brasil (2011a) orienta que o acolhimento deve fazer parte do primeiro momento de atendimento, quando a vítima chegar ao serviço e dever ser o princípio a ser seguidos por todos os profissionais da equipe. O segundo momento, se possível, esse acolhimento deve ser estendido a família e deve permanecer presente nos demais serviços que compõe a rede de instituições, uma vez feito os encaminhamentos.

Apesar de reconhecerem que os encaminhamentos não são funções exclusivas dos assistentes sociais nos serviços, as profissionais ressaltaram-no, também, como elemento importante na ação profissional e que contribui com o acesso aos direitos das vítimas a outros serviços que compõem a rede de atendimento.

Procuramos atendê-la de acordo com as necessidades, ouvindo né, fazendo a escuta qualificada, mas o nosso trabalho em média se resume a encaminhar, encaminhar pra um serviço de CRAS, CREAS. (ASSISTENTE SOCIAL 2).

O Serviço Social é importantíssimo né, imprescindível, ele é o profissional que faz a primeira acolhida, ele esclarece sobre a questão dos direitos sociais das famílias, faz as articulações com os demais serviços da rede socioassistencial de saúde, como os centros de referência né, especializado na assistência social, centro de referência, conselhos tutelares, é o profissional que faz essa articulação né, identifica as situações vulneráveis daquele indivíduo, daquela pessoa que está sofrendo essa violação, essa violência, e faz essa articulação. Por isso ele é imprescindível tanto pelo acolhimento, no momento que a gente faz aquela escuta inicial da situação e a partir daí faz esses encaminhamentos pros demais serviços. Por isso é imprescindível. (ASSISTENTE SOCIAL 3)

A profissão contribui sim, fundamentalmente, essa orientação que é direito dela, quais serviços ela pode, qual o encaminhamento pra rede. [...] Eu acho que nosso trabalho é necessário e fundamental (ASSISTENTE SOCIAL 5)

Os *Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde* reconhecem que Serviço Social é colaborador na ação de encaminhamentos, embora reconheça que não sendo como uma atribuição privativa. A partir de uma abordagem socioeducativa com a família, socializar informações e viabilizar os encaminhamentos necessários. Os encaminhamentos tratam-se de recursos e mecanismos legais e garantidos pela legislação social vigente resulta em uma articulação com a rede de serviços de saúde, (CFESS, 2010a).

Trindade (2012) defende que o encaminhamento compõe a ação de articulação interinstitucional para fins de acesso aos serviços e fortalece assim a perspectiva da experiência do acesso aos direitos em no contexto de diversas instituições responsáveis pela situação da mulher vítima de violência sexual.

A normas técnicas, consideram os encaminhamentos como prioridades, na medida em que devem oferecer soluções possíveis aos problemas apresentados pelas mulheres, com forma também de priorizar o bem-estar e a comodidade das mulheres, (BRASIL, 2011a). No entanto, Brasil (2012, p. 73), aponta que o serviço deve respeitar as escolhas das vítimas e “não realizar nenhum encaminhamento ou procedimento que se oponha a sua vontade”

A atribuição socioeducativa também foi destacada como uma contribuição, na medida em que, se orienta sobre os direitos e as possibilidades as mulheres, principalmente frente a situação de gestação decorrente de violência sexual.

Ele tem um papel muito importante. A partir do momento que a gente faz o acolhimento, é o primeiro profissional que a paciente se dirige. Papel mais informativo, educativo e apoiador. A gente faz o que a gente pode. Vem, ouve, acolhe, repassar as informações. (ASSISTENTE SOCIAL 4)

Ações socioeducativas consistem em ações reflexivas a socialização de informações realizadas de forma individual, a vítima, ou coletiva, considerando a família. CFESS (2010) considera que essas ações devem constituir o eixo central da atuação profissional e reconhecidas também como mecanismo de educação em saúde. Tais ações devem potencializar a construção de estratégias coletivas bem como enfatizar o conhecimento crítico dos sujeitos sobre sua realidade.

Como visto, o Serviço Social esteve presente no contexto do serviço especializado na atenção as vítimas de violência sexual desde sua criação, demonstra-se assim, um comprometimento da profissão com o serviço, bem como a legitimação da profissão no âmbito do mesmo. *“É relevante, por que foi o seguimento profissional que sempre esteve presente pra está à frente do serviço”.* (ASSISTENTE SOCIAL 6)

Ao reconhecerem as contribuições profissionais, questionamos as assistentes sociais sobre a limitação institucional que as mesmas vivenciam no serviço de atendimento à mulher vítima de violência sexual e destacaram a ausência de contra referência nos encaminhamentos. Todas as profissionais destacaram que uma das maiores dificuldades profissionais encontradas no serviço é a ausência de integração da equipe multiprofissional no atendimento as usuárias do serviço e no debate sobre a temática do aborto. As profissionais relataram como dificuldades do serviço.

Retorno de alguns atendimentos, a gente não sabe o que se deu pós atendimento. Como essa adolescente, essa senhora, essa criança, está depois do evento. Então não tem esse retorno. A rede deveria trabalhar numa troca, gente encaminha e nunca tem um retorno. Aquela família que está sendo acompanhada, como se deu, se a pessoa permanece ainda com aquela família, qual foi o encaminhamento que a justiça deu pra aquele agressor, isso que eu sinto, sinto falta disso. De não ter esse retorno. Isso acontece por que a rede não funciona a contento, cada um faz seu papel e pronto. Aqui precisava ter mais comunicação, mais informações, mais esse entrelaçamento entre as unidades que trabalham juntas, CREAS, CRAS, conselho tutelar. A gente não tem. A gente queria ter um retorno e não tem. (ASSISTENTE SOCIAL 1)

Encaminhamos as demandas, mas não tem a possibilidade é do retorno. Não tenho como lhe dizer o porquê da gente não o retorno desses encaminhamentos, que a gente faz para os serviços. A devolutiva, a contra referência, em relação aos encaminhamentos mas ainda não acontece com todos os serviços, então a gente procura buscar, tenta articular, mas aí como o retorno é pouco fica difícil avaliar se realmente alcançou, se realmente aquela família foi lá, se ela foi atendida por aquele serviços, se ela está dando continuidade do atendimento. (ASSISTENTE SOCIAL 3)

A ausência de integração entre os serviços da rede de atenção a mulher vítima de violência na perspectiva de um atendimento continuado e que atenda integralmente as usuárias do serviço de saúde, não apresenta como uma realidade específica do serviço especializado, é um desafio ser superado no âmbito dos serviços de saúde, como também das demais políticas de proteção social brasileiras.

A falta de articulação entre os profissionais que compõe a equipe multiprofissional foi destacada como uma das principais limitações no trabalho coletivo realizado no serviço especializado de atenção as mulheres vítimas de violência sexual. As profissionais destacaram que cada profissional em sua especializada realiza sua ação profissional de forma individualizada, o que interfere diretamente na qualidade do serviço. Assim, questionadas sobre a principal limitação profissional as assistentes sociais ressaltaram:

Não há uma devolução entre a própria equipe do serviço. Por que é assim, eu sou assistente social e a médica é ali, ficamos muito no cada um atende o seu, isso acontece não por parte do serviço social, mas por questão médica. (ASSISTENTE SOCIAL 5)

A articulação multiprofissional, de sentar, de fazer atendimento em conjunto, de rever os casos, o que podemos melhorar, o que podemos fazer e trazer a psicologia pra discutir também. Da minha avaliação é uma das principais dificuldades profissionais. (ASSISTENTE SOCIAL 5)

Uma das profissionais cita a falta de integração profissional como um elemento dificultador do serviço e explica que acontece principalmente em relação a equipe médica, uma vez que, tem um tratamento diferenciado no âmbito da contratação para o serviço. A profissional demonstra que como nunca se teve uma equipe específica para o atendimento, o que demonstrou uma dificuldade para o serviço em sua emergência.

A organização da equipe é um dificultador. A gente sabe que lá nas portarias os serviços tem que está implantado, é um serviço de porta de entrada, de urgência, mas tem um particular, desde o começo o Serviço foi implantando e a equipe de urgência teria que direcionar os atendimentos. Nós éramos chamados pra entender, as enfermeiras eram chamadas pra atender, apesar de ter muitos problemas, tinham muitas que tinham dificuldades de vir fazer isso, mas os médicos eles nunca vinham atender. Tipo assim o médico que deveria vir atender a vítima, ele não vinha. Então, qual foi a adequação que se encontrou? [...] Não vamos entrar nessa briga, vamos fazer um contrato aqui de quem é que vai atender aqui, um grupo de profissional é obrigado a atender [...]. Mas é claro, formando um contrato no paralelo, uma vantagem financeira paralela. Por que é um grupo que se formou para esse fim. (ASSISTENTE SOCIAL 6)

A profissional ainda ressalta que as dificuldades de captação de profissionais, ocorreu principalmente na área médica. E como forma de resolver esse problema, a gestão da Maternidade X, juntamente com a coordenação do serviço especializado, definiram profissionais de medicina específicos para atendimento. Para tanto, o serviço especializado no atendimento as mulheres vítimas de violência sexual têm sete profissionais de medicina, cinco delas integrantes do quadro de profissionais na Maternidade X e duas cedidas pelo Instituto Médico Legal.

Soares (2003) e Diniz e Madeiro (2016) em seus estudos sobre os serviços de aborto legal constataram também que a composição da equipe para o atendimento aos serviços de aborto legal é um dos maiores desafios para implantação dos serviços.

A norma técnica de *Atenção Humanizado ao Abortamento* orienta sobre a prioridade de prover, para todos os casos de abortamento a atenção à mulher através de equipe multiprofissional, onde todos, devem respeitar sua liberdade, dignidade e autonomia, afastando-se de preconceitos, estereótipos e discriminações de qualquer natureza que possam negar um atendimento humanizado. (BRASIL, 2011 a).

A portaria MS/GM nº 1.508/2005 afirma que a equipe de saúde multiprofissional que promover o atendimento à mulher que irá interromper a gestação, deve ser composta, por no mínimo, obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo.

No entanto, para realidade do serviço pesquisado as profissionais ressaltaram que não conseguem visualizar a existência de uma equipe multiprofissional no âmbito do serviço especializado. Ao serem questionadas como ocorre o trabalho multiprofissional as profissionais relataram:

Muito prático. Você chega faz seu trabalho, não há uma discussão[...] Precisa de um apoio psicológico, não tem a psicóloga na hora, só depois, mas o importante seria se estivesse naquele momento. Mas com relação as legistas. A equipe deveria ter o momento pra discutir algumas questões aqui dentro, está faltando esse, momento para nós. [...] Na hora de se discutir: "olha assim não está bom, se fizer dessa forma talvez seja mais proveitoso o trabalho", não houve essa discussão. E está na hora de cobrar isso, são 10 anos ou 12 de serviço, está na hora de interagir mais. (ASSISTENTE SOCIAL 1)

Eu colocaria que precisa de mais consistência, precisa de mais encontro, mais debate, por que é como eu até já te falei no início, a gente muito mais, até eu até diga que não existe uma equipe multiprofissional. (ASSISTENTE SOCIAL 4)

A gente não tem uma equipe como a gente crer que minimamente seria necessário pra condução de um trabalho efetivo que seria uma equipe

realmente multiprofissional, integrada no serviço, afinada na discussão dos casos, a gente não tem. A gente não conseguiu fazer isso no Serviço e até hoje a gente não está conseguindo. (ASSISTENTE SOCIAL 6)

Apesar da equipe apresentar formalmente como multiprofissional, não há entre essa equipe um relacionamento multiprofissional, visto que cada profissional faz sua intervenção de forma isolada e o serviço não tem, ou não dá espaço para esse envolvimento. Isso acaba representando uma violação as orientações das normas técnicas sobre o serviço uma vez que orientam que “atenção à violência contra a mulher e o adolescente é condição que requer abordagem intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, com importante interface com questões de direitos humanos”, (BRASIL, 2012, p. 23).

As profissionais consideram que há uma falta de interesse tanto da gestão da unidade de saúde como da coordenação do serviço especializado para uma mudança na realidade do serviço de não envolvimento da equipe multiprofissional. Assim relata:

Talvez não se tenha achado necessário, as pessoas acham que do jeito que está se fazendo está bem. Por que ainda não aconteceu nenhum problema mais sério que possa, no sentido que isso merecesse uma intervenção maior. Isso não acontece por não haver uma equipe própria. Não tem essa equipe determinada, não há uma equipe pronta, embora, tenha todos os profissionais mais cada um na sua, no seu momento. (ASSISTENTE SOCIAL 1).

A ausência de integração profissional nos serviços de atendimento as mulheres vítimas de violência também foi constatada por Farias (2014) na realidade de um serviço no Rio de Janeiro. Concordamos com a análise da autora que considera que tal ausência resulta uma prática profissional fragmentada e que não efetiva direitos. Na verdade, possibilita um processo de revitimização das mulheres que sofreram violência, compromete o acolhimento e conseqüentemente um atendimento humanizado, conforme preconiza não só as normas técnicas, mas principalmente os princípios do SUS.

Precisamos pontuar que, conforme informações obtidas na instituição, todos os casos em que há demanda ao procedimento de interrupção da gestação são analisados por uma comissão de ética da Maternidade X, que averigua documentação e após uma reunião entre profissionais é decidido ou não sobre a realização do procedimento. Embora a Portaria 1.508/2005 oriente que se faz necessário uma equipe multiprofissional, na realidade da Maternidade X a equipe é composta apenas por profissionais de Medicina.

Tal fato acarreta a inviabilidade do olhar de outras profissões para os casos e interfere diretamente na decisão sobre a realização do atendimento e uma violação as normas que regulamentam sobre o aborto no Brasil. Não conseguimos identificar e não nos foi esclarecido sobre a existência de alguma regulamentação que garantisse a obrigatoriedade da existência dessa Comissão de Ética, principalmente por se constituir apenas por uma especialidade.

Ressaltamos que para além da falta de integração entre os serviços e os profissionais da equipe multiprofissional, consideramos também como limitações profissionais para o serviço de atenção a mulher vítima de violência sexual, ausência debate sobre ao aborto no âmbito do serviço e de capacitações profissionais para a equipe.

Um profissional capacitado e qualificado tem conhecimento não só sobre a política de saúde, mas também sobre a complexidade que envolve a violência sexual contra a mulher, especialmente se dessa violência resultar gestação e tem a possibilidade de acompanhar o debate profissional e assim, ter a sensibilidade de fortalecer em seu exercício profissional o Projeto Ético-Político do Serviço Social, bem como os princípios do Sistema Único de Saúde e do Movimento de Reforma Sanitária.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo pretendeu analisar o exercício profissional das assistentes sociais no contexto de uma equipe multiprofissional em um serviço de saúde que é referência no atendimento à mulher vítima de violência sexual em Teresina, Piauí, com foco em situações que demandaram o aborto previsto em lei no período de 2012 a 2016 e com destaque as suas contribuições e limites para afirmar e assegurar o acesso ao abortamento, na perspectiva de um direito reprodutivo e humano. Apesar de não conseguirmos contemplar a totalidade da equipe multiprofissional do Serviço, visualizamos as principais contribuições e limitações do Serviço Social nesse serviço especializado.

Constatamos que no Brasil aborto legal é restrito a situações específicas e regulamentado desde 1940 através do Código Penal. Contudo, a organização e a estruturação dos serviços de saúde para o atendimento às mulheres que demandam o procedimento a interrupção da gestação nos casos previsto em lei, foi demorada, lenta e gradativa. O primeiro serviço direcionado para esse atendimento em saúde demorou quase 50 anos para sua implantação e foi restrito a cidade de São Paulo, em 1989. A regulamentação dos serviços com vistas a sua ampliação ocorreu apenas em 1999 através do lançamento da norma técnica *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes* (1999, 2005 e 2012).

Observamos que o compromisso do estado brasileiro com a organização dos serviços direcionados ao abortamento legal ocorreu após sua participação nas conferências internacionais, que consolidaram os conceitos de direitos reprodutivos e sexuais, onde o aborto foi visto como um direito humano. Assim, destacamos *Atenção Humanizada ao Abortamento* (2005, 2011) como um importante instrumento para viabilização do acesso das mulheres brasileiras a um procedimento seguro, de qualidade e gratuito.

Ressaltamos também que a atenção à assistência ao abortamento no Brasil tem sido focada nas situações de violência sexual, visto que tem se avançado com bastante ênfase nas políticas públicas direcionadas ao enfrentamento à violência contra a mulher. Esse avanço é resultado também, de inúmeras reivindicações dos

movimentos de mulheres e feministas em prol da efetivação do direito a saúde da mulher.

Percebemos que no Brasil a luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, na qual o debate do aborto se insere, foi protagonizado pelo movimento feminista. Este que o Serviço Social brasileiro tem se aproximado desde o processo de revisão teórico-metodológica e ético-política com vistas ao processo de ruptura com o conservadorismo e tradicionalismo que permeou grande parte da história da profissão.

O fato é que a aproximação do Serviço Social com o movimento feminista é uma experiência recente, considerando a história da profissão. Assim, com o redirecionamento do projeto profissional, que reconhece a liberdade como valor ético central, a defesa intransigente dos direitos humanos e se alinha a um projeto de societário livre de opressão de classe, raça/etnia e gênero gestou-se condições para profissão se aproximar e fortalecer o debate estimulado pelo movimento feminista em prol dos direitos sexuais e reprodutivos.

Especificamente sobre o reconhecimento do aborto, como questão de saúde pública, de justiça social e como uma pauta de luta da profissão é mais recente ainda, a partir do ano de 2009. A categoria profissional utiliza o espaço de deliberações coletivas do Conjunto CFESS/CRESS para publicizar e reafirmar comprometimento da profissão com a questão ao considerar: a defesa da autonomia das mulheres sobre o próprio corpo, a efetivação dos serviços de saúde para interrupção da gestação de forma segura e gratuita, bem como a luta pela descriminalização e legalização do aborto para situações que não estão permitidas por lei.

Apesar desse avanço, reconhecemos que o debate sobre o aborto no Serviço Social ocorre de forma tímida e ainda não conseguiu contemplar a totalidade das profissionais. Consideramos que esse fato ocorre por alguns motivos: pela concentração do debate sobre o aborto nos espaços deliberativos, pela ausência de discussão no processo de formação profissional, pela escassez de produção teórico-crítica sobre a temática no âmbito da profissão e pelo distanciamento da publicização do posicionamento profissional sobre o aborto nos espaços profissionais.

Ressaltamos que a timidez do debate ao aborto não é realidade específica do Serviço Social, mas da sociedade brasileira como um todo, principalmente pelo contexto político que o Brasil tem vivenciado. Isso se explica pela demora na organização e implementação dos serviços direcionados ao atendimento da interrupção da gestação dos casos previsto em lei. Isso reflete diretamente na

qualidade do serviço ofertado. Diniz e Madeiro (2016, p. 567) demonstram em seus estudos e reafirmamos através deste, que ainda há um distanciamento entre o previsto pelas políticas públicas de saúde e a realidade do funcionamento dos serviços de aborto legal no Brasil, “mesmo com a disposição dos serviços de ofertar o cuidado em saúde adequado, o cumprimento dessas recomendações contidas nas normas é infrequente”.

Observamos que o contexto dos serviços de aborto legal no Brasil segue uma lógica de dificuldades e barreiras quanto ao acesso das mulheres a interrupção da gestação. Consideramos uma marca significativa para dificuldade do debate sobre o aborto no Brasil à conjuntura política de desmonte de direitos sociais e esfacelamento das políticas sociais brasileiras.

O contexto brasileiro sobre a discussão do aborto evidencia que o conservadorismo sempre esteve presente e fez-se imperativo nos entraves tocante aos avanços da perspectiva de manutenção do direito. O ano de 2019 particularmente, tem sido marcado por um conservadorismo reacionário com propostas legislativas para criminalização do aborto para as situações previstas em lei desde 1940. Tais propostas são protagonizadas pela bancada religiosa que ocupa o parlamento brasileiro de forma agressiva e que desconsidera a perspectiva da laicidade do Estado.

Concordamos com a análise de Brum (2019) que o aborto enquanto um tema, dito moral, tem sido utilizado pelos parlamentares evangélicos e de direita como moeda eleitoral e estratégia para manutenção de um ódio ativo em torno dessa questão. A temática do aborto mobiliza paixões nacionais e concentra adesão nas camadas populares, assim, reforçar um debate via interpretação moral tem sido mais fácil para se conseguir apoio popular. Dessa maneira, são intensas e persistentes as propostas legislativas que propõe a criminalização da interrupção da gestação até nas situações legais.

O projeto de lei nº 01-00352/2019 enviado à câmara dos Deputado de São Paulo, pelo vereador Fernando Holiday (DEM-SP), um dos integrantes mais conhecidos do Movimento Brasil Livre (MBL), determina que as mulheres só podem ter acesso ao direito ao aborto legal depois da emissão de um alvará judicial, onde a mulher deve esperar 15 dias e obrigatoriamente se submeter a procedimentos de atendimento psicológico com vistas a dissuadi-la da ideia da realização do abortamento, atendimento psicossocial que explique a possibilidade de adoção em

vez do abortamento, exame de imagem e som que demonstre a existência de funções vitais e batimentos cardíacos do feto além de explicitara mulher, através de demonstração as técnicas de abortamento e também a reação do feto sobre tais procedimentos. O projeto ainda sugere que a internação psiquiátrica da mulher que apresentar condições sociais e psicológicas propensas ao abortamento legal.

Tal projeto representa claramente ser contrário a todas as leis e tratados aos quais o Brasil é signatário e mesmo apresentando inconstitucionalidade e não possibilidade de aprovação, serve para demonstrar o conservadorismo presente no âmbito legislativo brasileiro e cimenta a interpretação moral do aborto, bem como reforçar os valores patriarcais, são presentes e pulsantes na sociedade brasileira.

Este estudo objetivou compreender como o direito ao aborto tem sido tratado na realidade de um serviço especializado no atendimento às vítimas de violência sexual na cidade de Teresina. Observamos que o serviço de saúde não apresenta esclarecimentos ou orientações à população sobre de acesso aos serviços aborto legal, enfrentam dificuldades na organização do levantamento de dados dos atendimentos à mulheres em situação de gravidez decorrente de estupro, bem como sobre a magnitude dos procedimentos feitos pelo serviço de saúde que é referência para todo Estado do Piauí. Isso impacta diretamente no dimensionamento do problema na realidade piauiense e principalmente na avaliação sobre a oferta dos serviços de saúde para perspectiva de melhor e qualidade dos serviços.

Especificamente sobre o exercício profissional das assistentes sociais no contexto dos serviços especializados na atenção às mulheres vítimas de violência sexual, constatamos que as profissionais consideram como principais dificuldades profissionais para o serviço: a ausência da materialização de ações profissionais multidisciplinares e debates coletivos a respeito do aborto legal, a escassez de capacitações e qualificações profissionais que contribuam com a qualidade das ações profissionais, em especial para o atendimento às demanda de interrupção da gestação. As profissionais reconhecem que a inércia em relação ao debate do aborto ocorre tanto em nível de gestão dos serviços, e, como da rara mobilização das próprias profissionais de Serviço Social sobre o debate do tema.

As profissionais consideram um distanciamento do Conselho profissional dos espaços sócio ocupacionais, dessa forma, foi consenso entre as profissionais que esse debate poderia ser instigado pelo Conselho Profissional à medida que

promovesse espaços para reflexões sobre o aborto não só na realidade brasileira, mas principalmente na realidade piauiense.

Verificamos o perfil das profissionais e conseguimos visualizar que no serviço de saúde de referência a maior parte das profissionais são do sexo feminino, católicas, casadas com mais de 50 anos de idade e nenhuma apresenta deficiência. Todas têm vínculo estatutário com a instituição e trabalham no regime de 30 horas semanais. Quanto a formação profissional, a maioria tem graduação pelo ensino público com conclusão na década de 1980, a qualificação profissional se restringe ao nível de especialização e a vinculação profissional com a instituição tem em média 10 anos.

É necessário pontuar que parte das profissionais se manifestaram contra o aborto, no entanto, reconheceram como um direito legal. Outra parte evidenciou a necessidade de possibilitar à mulher o direito de escolha sobre o prosseguimento da gestação, como um direito social que precisa ser garantido. 83% das profissionais afirmaram não concordar com o posicionamento da entidade representativa do Serviço Social.

Ao longo desse estudo, busquei deixar nítida a importância da atuação profissional com vistas no fortalecimento do Projeto Ético-Político da profissão, que comunga com os princípios do Movimento de Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido as profissionais perceberam que o Serviço Social é uma profissão de extrema importância no serviço especializado, visto que, são os primeiros profissionais que realizam o processo de acolhimento através da escuta qualificada às mulheres vítimas de violência sexual, conduzem os esclarecimentos sobre os direitos e as alternativas que as mulheres têm direito, em relação a uma gestação resultante de violência sexual.

O estudo reconhece a necessidade do fortalecimento do debate sobre o aborto através de capacitações profissionais não só no âmbito do Serviço Social, mas para todas as categorias profissionais que são integrantes das equipes multiprofissionais que atendem diretamente as mulheres em situação de gravidez decorrente de violência sexual, como forma de reafirmar o compromisso com o direito à saúde universal e de qualidade, e com possibilidade de uma integração profissional direcionado a um trabalho coletivo em saúde.

Reforçamos também o exercício profissional como instrumento fortalecedor do projeto Ético-Político do Serviço Social, concretiza-se à medida em que a ação

profissional se afasta das ações profissionais influenciadas pelos preceitos religiosos, principalmente para a temática específica do aborto, que em toda história brasileira tem influenciado o debate compreendendo-o como uma questão moral, e não na perspectiva do direito de autonomia das mulheres, e muito menos como um direito sexual e reprodutivo. Dessa maneira, afastar-se desses valores resulta no afastamento de posturas conservadoras, que foram tão presentes na construção da profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADESSE, Leila; MONTEIRO, Mário F.G; LEVIN, Jaques. **Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social**. Revista Radis – Comunicação em Saúde [periódico online]. Nº 66, fevereiro de 2008. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_66.pdf>. Acessado em 09 de abril de 2019.

AGUIAR, Neuma. Patriarcado, sociedade e patrimonialismo. **Sociedade e Estado**. Vol. 15. N. 2. Brasília, jun/dez. 2000.

AGUIRRE, Luiz Pérez. **Aspectos religiosos do aborto induzido**. São Paulo: CDD, 2006.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 6. Ed. São Paulo: Boitempo, 2002.

ÁVILA, Maria Betânia de Melo; CORRÊA, Sônia. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil. IN: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: Dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

BARROSO, C. L. M; CUNHA, M. C. **O que é aborto**. Frente de mulheres feministas. São Paulo: Cortez, 1980.

BARTILOTI, Maria Mirra. Aborto. *In*: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **A ética na saúde**. São Paulo: Thomson Learning, 2006.

BEHRING, Elaine Rossetti. BOCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Estado no capitalismo: notas para uma leitura crítica do Brasil recente. IN: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Loudes de. **Marxismo, política social e direitos**. 1. Ed. São Paulo: Cortez, 2018.

BRAGA, Maria Elisa dos Santos; MESQUITA, Marylucia; MATOS, Maurílio Castro de. Descriminalização e legalização do aborto no Brasil: uma luta histórica do movimento feminista, incorporada à agenda do Conjunto CFESS-CRESS. **Inscrita**. Ano 10. Nº 14. Dez 2013. CFESS.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Lei nº 8.662 de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente social e dá outras providências. Brasília. **Diário Oficial da União**.

Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf>. Acessado em 20 de julho de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução de nº 218 de 06 de março de 1997. Reconhece profissionais de saúde de nível superior. **Diário Oficial da União**. Brasília: nº 244, Seção 1, pág. 30.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Norma Técnica. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes de violência sexual Contra mulheres e adolescentes**. Brasília : Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.508, de 01 de Setembro de 2005a**. Dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: < <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/mulher/Portaria%201508%20aborto.pdf>> . Acessado em 10 de maio de 2019.

_____. **Projeto de lei nº 478 de 2007** (Câmara dos Deputados). Dispõe sobre o Estatuto do Nascituro e dá outras providências. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=7FDC2C1C8D0C7075A8F616AC66040D4E.node2?codteor=1102104&filename=Avulso+-PL+478/2007 . Acessado em 12 de maio de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

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

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Direito sexual e saúde reprodutiva**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. **Projeto de lei nº 5069 de 2013b**. (Câmara dos Deputados). Acrescenta o art. 127-A ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1061163&filename=PL+5069/2013>. Acessado em 10 de maio de 2019.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS. Brasília: MS, 2013c.

_____. **Proposta de emenda Constitucional nº 181-A de 2015**. (Câmara dos Deputados). Altera o inciso XVIII do art. 7º da Constituição Federal para dispor sobre a licença-maternidade em caso de parto prematuro. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1599538&filename=VTS+1+PEC18115+%253D%253E+PEC+181/2015>. Acessado em 10 de maio de 2019.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Recurso de Habeas Corpus. Transação. **Habeas Corpus nº 124.306, da 1ª Turma do Supremo Tribunal Federal**. Prisão Preventiva. Ausência dos requisitos para sua decretação. Inconstitucionalidade da incidência do tipo penal do aborto no caso de interrupção voluntária da gestação no primeiro trimestre. Ordem concedida de ofício. Relator Min. Marco Aurélio. 29 de novembro de 2016. Disponível em:<<https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/HC124306LRB.pdf>> . Acessado em 10 de maio de 2019.

_____. **Ação Direta De Inconstitucionalidade Nº 5581 de 2016**. Protocolo para implantação de Unidades Sentinelas para Zika Vírus; Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central; Disponível em:< <http://www.sbdp.org.br/wp/wp-content/uploads/2018/03/ADI-5581-Manifesta%C3%A7%C3%A3o-AGU.pdf>>. Acessado em 15 de maio de 2019.

_____. **Arguição De Descumprimento De Preceito Fundamental Nº 442 de 2017**. Pedido de declaração da não recepção parcial dos artigos 124 e 126 do Código Penal pela Constituição de 1988 para excluir do âmbito de incidência desses dispositivos legais a interrupção da gestação induzida e voluntária realizada nas primeiras 12 (doze) semanas. Disponível em:<https://apublica.org/wp-content/uploads/2018/08/adpf_442_-_federal_-_codigo_penal_-_aborto_-_legislador_positivo_-_direito_comparado_-_ausencia_direito_fundamental_ao_aborto_vf_1.pdf>. Acessado em 10 de maio de 2019.

_____. **Projeto de Lei nº 2574 de 2019**. (Câmara dos Deputados). Propõe a criminalização de abortos com má formação. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=7FDC2C

1C8D0C7075A8F616AC66040D4E.node2?codteor=1102104&filename=Avulso+-PL+478/2007 . Acessado em 12 de maio de 2019.

BRAVO, M. I. S. PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. IN: BRAVO, M. I. S; PEREIRA, P. A. P. **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. IN: MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos socio-históricos**. 1. Ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRIGADÃO, Jacqueline. RODRIGUES, Marlene Teixeira. A mulher como sujeito: direitos sexuais, reprodutivos e política na área da saúde. IN: ABREU, Maria Aparecida. **Redistribuição, Reconhecimento e representação: diálogos sobre igualdade de gênero**. Brasília: IPEA, 2011.

BRUM, Eliane. MBL usa o aborto para reposicionar sua marca. **El país**. Coluna : Opinião. 04 de Julho de 2019. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2019/07/03/opinion/1562163289_751812.html>. Acessado em 05 de agosto de 2019.

CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal, volume 2, parte especial: dos crimes contra a pessoa, a dos crimes contra o sentimento religioso e contra o respeito aos mortos (arts. 121 a 212)**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

CARDOSO, Mirian Limoeiro. **O mito do método**. Rio de Janeiro: Universidade Estadual de Campinas, 1971.

CARDOSO, Priscila Fernanda Gonçalves. **Ética e projetos profissionais: os diferentes caminhos do serviço social no Brasil**. Campinas-SP: Papel Social, 2013.

_____. 80 anos de formação em Serviço Social: uma trajetória de ruptura com o conservadorismo. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 27, p. 430-455, set/dez. 2016.

CARLOTO, Cassia Maria; DAMIÃO, Nayara André. Direitos reprodutivo, aborto e Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo. N. 132, p.306-325, mai/ago. 2018.

CDD. Católicas pelo Direito de Decidir. FRENTE NACIONAL CONTRA A CRIMINALIZAÇÃO DAS MULHERES E PELA LEGALIZAÇÃO DO ABORTO. **Criminalização das mulheres pela prática do aborto no Brasil: Dossiê 2007 a 2014**. São Paulo: CDD/SOS CORPO/ GRPO CURUMIN/ CUNHÃ/ CFEMEA, 2015.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução nº 383 de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Disponível em: < http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf> . Acessado em 18 de junho de 2019.

_____. Moção de apoio ao manifesto contra a criminalização das mulheres que praticam aborto. IN:CFESS. **Conferências e deliberações do 38º Encontro Nacional CFESS-CRESS**. Campo Grande-MS, 2009a. Disponível em: < <http://www.cfess.org.br/arquivos/38encontro-deliberacoes.pdf>> . Acessado em 15 de julho de 2019.

_____. Dia latino-americano e caribenho de luta pela descriminalização e legalização do aborto. Pela descriminalização e legalização do aborto. **CFESS MANIFESTA**. Brasília-DF, 28 set. 2009b. Disponível em : < <http://www.cfess.org.br/arquivos/descriminalizacaoaborto.pdf>> Acessado em 15 de julho de 2019.

_____. **Conferências e deliberações do 39º Encontro Nacional CFESS-CRESS**. Florianópolis - SC, 2010b. Disponível em : <<http://www.cfess.org.br/arquivos/39Encontro-Deliberacoes.pdf>>. Acessado em 15 de julho de 2019.

_____. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010a.

_____. **Código de Ética do/a Assistente Social comentado**. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. **Nota de repúdio do Conselho Federal de Serviço Social ao PL 5.069/2013**. Brasília-DF. 2015. Disponível em : < <http://www.cfess.org.br/arquivos/nota-aborto-CFESS-2015.pdf>> Acessado em 15 de julho de 2019.

_____. Dia latino-americano e caribenho de luta pela descriminalização e legalização do aborto: Aborto e o trabalho de assistentes sociais. **CFESS MANIFESTA**. Brasília-DF, 28 set. 2016. Disponível em:< <http://www.cfess.org.br/arquivos/2016-CfessManifesta-Aborto-Site.pdf>> Acessado em 15 de julho de 2019.

_____. Dia latino-americano e caribenho de luta pela descriminalização e legalização do aborto: Assistente social, você conhece a Norma Técnica sobre a

atenção humanizada ao abortamento?. Série conjuntura e impacto. **CFESS MANIFESTA**. Brasília-DF, 28 set. 2017. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2017-CfessManifesta-Aborto-SerieConjunturaImpacto.pdf>> Acessado em 15 de julho de 2019.

_____. **Bandeiras de luta do conjunto CFESS/CRESS**. Brasília: CFESS, 2018. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha-BandeiradeLutas-2019.pdf>>. Acessado em 20 de julho de 2019.

CHAVES, Francisca. Conferência: O trabalho do assistente social e a questão do aborto. IN: CFESS. **Conferências e deliberações do 38º Encontro Nacional CFESS-CRESS**. Campo Grande-MS, 2009. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/38encontro-deliberacoes.pdf>> . Acessado em 15 de julho de 2019.

CISNE, Mirla. **Feminismo e consciência de classe no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2014.

_____. **Gênero, divisão sexual do trabalho e serviço social**. 1. Ed. São Paulo: Outras expressões, 2012.

CITELI, Maria Teresa; ROSADO-NUNES, Maria José F. **Violência simbólica: a outra face das religiões**. Cadernos 14. São Paulo: Publicações CDD, 2010.

COSTA, Ana Maria. Políticas de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. In: GIOVANELLA, Lígia; et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed. ver e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. IN: MOTA, Ana Elizabete, et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, MS. 2009.

DE BARCHIFONTAINE. Christian de Paul; PESSINE, Leocir. **Problemas atuais da bioética**. São Paulo: Loyola, 1991.

DELTALMO, Celso et al. **Código penal anotado**. 5. Ed. Atual e amp. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

DINIZ, Débora. MADEIRO, Alberto Pereira. Serviços de aborto legal no Brasil: Um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. 21(2): 563-572, 2016.

DINIZ, Débora; DIAS, Vanessa Canabarro; MASTRELLA, Miryam; MADEIRO, Alberto Pereira. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Revista Bioética**. 2014: 22 (2): 291-298.

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**. 22 (2): 653-660. 2017.

DUARTE, Graciana Alves; OSIS, Maria José Duarte. A pesquisa sobre o aborto nas ciências da saúde. *In*: ÁVILA, Maria Betânia; PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verônica. **Novas legalidades e democratização da vida social**: família, sexualidade e aborto. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

EMMERICK, R. **Aborto**: (Des)criminalização, Direitos Humanos e Democracia. Editora Lumen Juris. Rio de Janeiro, 2008.

ENGELS, Friedrich. Caracteres da monogamia. *IN*: ENGELS, F; MARX, k. LENIN, V. **Sobre a mulher**. São Paulo: Global, 1979.

FARIA, Nalu; LOPES, Barbara. As lutas pelo direito ao aborto, ontem e hoje. *IN*: LOPES, Barbara; MARTINS, Jéssika; MORENO, Tica. **Somos todas clandestinas**: relatos sobre aborto, autonomia e política. São Paulo: SOF, 2016.

FARIAS, Flávio Bezerra de. **O Estado capitalista contemporâneo**: para crítica das visões regulacionistas. São Paulo: Cortez, 2001.

FARIAS, Rejane Santos. **Concepções e atuações diante da interrupção da gestação prevista em lei na perspectiva dos assistentes sociais de unidades de saúde do município do Rio de Janeiro**. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: PUC/RJ, 2014.

FARIAS, Rejane Santos; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde no Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciência & Saúde coletiva**. 17 (7): 1755-1763, 2012.

FERREIRA, Verônica. Pela vida das mulheres *IN*: CFESS. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. A polêmica sobre o aborto. Em discussão. **Inscrita**. Ano VIII. N. XI. Maio de 2009a.

_____. Conferência: O trabalho do assistente social e a questão do aborto. *IN*: CFESS. **Conferências e deliberações do 38º Encontro Nacional CFESS-CRESS**. Campo Grande-MS, 2009b. Disponível em: < <http://www.cfess.org.br/arquivos/38encontro-deliberacoes.pdf>> . Acessado em 15 de julho de 2019.

FILHO, Gisálio Cerqueira. **A questão social no Brasil**: crítica do discurso político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

FLEURY, Sônia. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

FONTES, Virgínia. Capitalismo, crises e conjuntura. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo. n. 130, p. 409-425, set. /dez. 2017.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). Crimes contra a dignidade sexual – aborto – tabela. **Tableau**. Disponível em:

<https://public.tableau.com/profile/fbsp#!/vizhome/dignidade_sexual/Dadosemtabela>
> Acessado em 25 de Julho de 2019.

GALLI, Beatriz. Argumentos e olhares feministas a favor da ADPF 442. IN: CEFEMEA; CURUMIN. **Trajetória e argumentos feministas pelo direito ao aborto no Brasil**. Brasília: CEFEMEA, 2018.

GALVÃO, Loren. Saúde Sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: no mundo e no Brasil. IN: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: Dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

GANATRA, Bela; GERDTS, Caitli; ROSSIER, Clémentine; JR, Brooke Ronald Johnson; TUNÇALP, Özge; ASSIFI, Anisa; SEDAH, Gilda; SINGH, Susheela; BANKOLE, Akinrinola; POPINCHALK, Anna; BEARAK, Jonathan; KONG, Zhenning; ALKEMA, Leontine. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. **The Lancet**. Vol 390 November 25, 2017. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext)>. Acessado em 01 de maio de 2019. (tradução site).

GIUGLIANI, Camila; RUSCHEL, Angela Ester; SILVA, Maura Carolina Belomé da; MAIA, Melaine Noel; OLIVEIRA, Denize Ornelas Pereira Salvador de. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. Ver. Bras. Med. Fam. Comunidade. Rio de Janeiro, 2019. Jan-dez.

HOLANDA, Sergio Buarque de. **Raízes do Brasil**. São Paulo: companhia das letras, 2002.

HURST. Jane. **Uma história não contada: a história das ideias sobre o aborto na Igreja Católica**. São Paulo: CDD, 2000.

IAMAMOTO, M.V; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 9. Ed. São Paulo: Cortez, CELATS, 1993.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. A questão social no capitalismo. **TEMPORALIS**. Revista da ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2. N 3 (jan/jul). Brasília: ABEPSS/Grafline, 2001.

_____. As dimensões ético-políticas e teórico metodológicas no serviço social contemporâneo. IN: MOTA, Ana Elisabete; et al. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____. **O serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IBOPE; CDD. Católicas pelo Direito de Decidir. **Panorama do Aborto Legal no Brasil**. São Paulo: CDD, 2006. Disponível em: <<http://catolicas.org.br/wp->

<content/uploads/2006/01/Pesquisa-Panorama-Aborto-Legal.pdf>>. Acessado em 10 de maio de 2019.

INÁCIO, Mirian de Oliveira. A questão da emancipação das mulheres: contribuições e dilemas da tradição marxista e feminista. In: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes de. **Marxismo, política social e direitos**. 1. Ed. São Paulo: Cortez, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **CENSO. Sinopse. Teresina-Piauí-Brasil**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/teresina/pesquisa/23/27652?detalhes=true>>. Acessado em 26 de Julho de 2019.

KEMP, Pedro. Conferência: O trabalho do assistente social e a questão do aborto. IN: CFESS. **Conferências e deliberações do 38º Encontro Nacional CFESS-CRESS**. Campo Grande-MS, 2009. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/38encontro-deliberacoes.pdf>>. Acessado em 15 de julho de 2019.

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 9, n. 10, dez. 2010.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

LAGES, Aristide. Maternidade Dona Evangelina Rosa promove debate sobre violência sexual. **Portal da saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2019-04-25/9010/maternidade-dona-evangelina-rosa-promove-debate-sobre-violencia-sexual.html>>. Acessado em 12 de julho de 2019

LEAL, Maria do Carmo; SZWARCOWALD, Celia Landmann; ALMEIDA, Paulo Vicente Bonilha; AQUINO, Estela Maria Leao; BARRETO, Mauricio Lima; VICTORA, Cesar. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos de Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**. 23 (6): 1915-1928, 2018.

LENIN, Vladimir Ilitch. **O estado e a revolução**: o que ensina o marxismo sobre o Estado e o papel do proletariado na revolução. São Paulo: Expressão popular, 2007.

LIMA, Rita Lourdes de. A questão das relações sociais e de gênero em Marx e Engels: contribuições do pensamento marxista para entender a opressão das mulheres. IN: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes de. **Marxismo, política social e direitos**. 1. Ed. São Paulo: Cortez, 2018.

LOLLATO, Simone. **A intervenção do assistente social frente a solicitação de aborto**. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (Dissertação de Mestrado). Florianópolis: UFSC, 2004.

LOPES, Barbara; MARTINS, Jéssika; MORENO, Tica. **Somos todas clandestinas**: relatos sobre aborto, autonomia e política. São Paulo: SOF, 2016.

LOPES, Ione Maria Ribeiro Soares; GOMES, Keila R; SILVA, Benedito Borges da; DEUS, Maria Castelo Branco R. de; GALVÃO, Elisa Rosa de C. G. Nunes; BORBA, Danielle Cavalcante Borba. Caracterização da Violência Sexual em Mulheres atendidas no Projeto Maria-Maria em Teresina-PI. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** . 2004, vol.26, n.2, pp.111-116.

MADEIRO, Alberto Pereira; CRONEMBERGER, Andréa; NUNES, Maria das Dores Nunes; QUEIROZ Isadora Carvalho; CARVALHO, Karoline Resende; QUEIROZ, Luma Carvalho. Mortalidade de mulheres em idade fértil no piauí, brasil, 2008-2012: causas básicas dos óbitos e fatores associados . **Rev. Epidemiol. Controle Infecç.** Santa Cruz do Sul, 2018 Out-Dez;8(4):442-449.

MADEIRO, Alberto Pereira; CRONEMBERGER, Andréa; SANTOS, Isadora Sousa; CARVALHO, Marina Sousa. Estimativas e tendências de aborto provocado no piauí: um estudo ecológico no período de 2000-2010. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 28(2): 168-175, abr./jun., 2015.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social & Sociedade**. n. 107, p. 497-508, jul/set. 2011.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Manual de elaboração de monografias e dissertações**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 1994

MARTINS, Eunice Francisca; et al. Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. **Cadernos de Saúde Pública**. 2017, vol. 33, n. 1.

MATIELO. Fabrício Zamprogna. **Aborto e direito penal**. Porto Alegre: Sagra –DC Luzzato, 1994.

MATOS, Maurílio Castro de Matos. **Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. **Cotidiano, ética e saúde: o serviço social frente à contra-reforma do Estado e a criminalização do aborto**. Tese (Doutorado em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: 2009.

MELO, Jacira Vieira. A construção da opinião no debate sobre o aborto. IN: ÁVILA, Maria Betânia; PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verônica. **Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lucia. **Estado, classe e movimento social**. São Paulo: Cortez, 2010.

MONTEIRO, Mario Francisco Giani; ADESSE, Leila; DREZETT, Jefferson. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. **Reprodução & Climatério**. Volume 30, Edição 1, janeiro a abril de 2015. 11 – 18.

MOTA, Ana Elizabete. 80 anos do Serviço Social brasileiro: conquistas históricas e desafios na atual conjuntura. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n 128, p. 39-53, jan/abr. 2017.

NETO, J. A.; ROCHA M. I. B. O aborto legal no Brasil: legislação, decisões políticas e serviços de atenção à saúde. In: ROCHA, M. I. B. (Coord.). **Módulo aborto. 8º programa de estudos em saúde reprodutiva e sexualidade**. São Paulo: Núcleo de Estudos de População. Universidade de Campinas, 1999. p.1-24.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. Cinco notas a propósito da “questão social”. **TEMPORALIS**. Revista da ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2. N 3 (jan/jul). Brasília: ABEPSS/Grafline, 2001.

_____. A construção do Projeto ético-político do Serviço Social: IN: MOTA, Ana Elizabete; et al. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Ditadura e serviço social: uma análise do Serviço Social pós-64**. 8. Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NOBRE, José Ferreira; FILHO, Formiga. Políticas de Saúde Reprodutiva no Brasil: Uma análise do PAISM. IN: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: Dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

NOGUERIA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para as assistentes sociais. IN: MOTA, Ana Elizabete, et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, MS. 2009.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. Os sujeitos da luta pela legalização do Aborto. IN: ÁVILA, Maria Betânia; PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verônica. **Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

OROZCO, Yury Puello. Vida para definir ou para construir? IN: OROZCO, Yury Puello. **Vida é possível defini-la?**. São Paulo: CDD/ Secretaria de políticas públicas para as mulheres, 2013.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Aborto Incompleto**: Manual para professores de enfermagem obstétrica. Educação para uma maternidade segura. módulos de educação. 2ª ed. 2005. 180 p.

_____. **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. Biblioteca da Organização Mundial da saúde. 2ª ed. 2013. 123 p.

PAES, Bárbara; BORGES, Ester; ROCHA, Júlia. **Breve panorama sobre aborto legal e transparência no Brasil**. São Paulo: Artigo19 Brasil, 2018.

PAIXÃO, Ivo. Aborto: aspectos da legislação brasileira. In: CAVALCANTE, Alcilene; XAVIER, Dulce. **Em defesa da vida**: aborto e direitos humanos. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.

PANEGHINI, Luciana Ribeiro. As lutas feministas nos documentos do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS): uma breve análise. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo. N. 132, p. 252-267, mai/ago. 2018.

PEGADO, Elis. Saúde entrega plano que irá combater a mortalidade materna no Piauí. **SESAPI**. Disponível em: < <http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2019-06-27/9166/saude-entrega-plano-que-ira-combater-a-mortalidade-materna-no-piaui.html>> Acessado em 25 de julho de 2019.

PEREIRA, Potyara A. P. Estado, Sociedade e Esfera Pública. IN: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. **Política Social**: temas & Questões. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PIMENTEL, Silvia; PANDJIARJAN, Valéria. Aborto: discriminar para não discriminar. In: PEREIRA, G. Irotilde; et al. **Aboto legal**: implicações éticas e religiosas. Cadernos. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2002.

PRADO, Danda. **O que é aborto**. Coleção primeiros passos. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense, 1985.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA (PMT). SECRETARIA MUNICIPAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES. **Diagnóstico sobre a Situação da Violência contra a Mulher em Teresina e Assistência Técnica para o Fortalecimento da Gestão de Políticas Pública para as Mulheres com foco no Enfrentamento a Violência Contra A Mulher**. Teresina: PMT/SMPPM/Banco Mundial, 2018. Disponível em: <<https://semplan.teresina.pi.gov.br/wp-content/uploads/sites/39/2018/09/Mulher-Sintese-do-Diagn%C3%B3stico-da-Viol%C3%Aancia.pdf>>. Acessado em 26 de Julho de 2019.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a gestão das políticas sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. IN: MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, 2009.

_____. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente a violações de seus direitos. **Serviço Social & Sociedade**. 2011, N. 107, P. 420-437.

REDEH. Rede de Desenvolvimento Humano. A tipificação penal do aborto no Brasil e as consequências violações aos direitos fundamentais das mulheres e meninas. IN: CEFEMEA; CURUMIN. **Trajetória e argumentos feministas pelo direito ao aborto no Brasil**. Brasília: CEFEMEA, 2018.

REZENDE, Daniela Leandro. Patriarcado e formação do Brasil: uma leitura feminista de Oliveira Viana e Sergio Buarque de Holanda. **Pelotas** [17]: 07-27 jul-dez, 2015.

ROCHA, Maria Isabel Baltar da. Breve panorama sobre a questão do aborto no legislativo brasileiro. IN:ROCHA, M.I.B; BARBOSA,R. M. **Aborto no Brasil e países do Cone Sul**: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. Campinas:Núcleo de Estudos de População – NEPO/UNICAMP, 2009.

ROSADO-NUNES, Maria José. Aborto, maternidade e dignidade da vida. In: CAVALCANTE, Alcilene; XAVIER, Dulce. **Em defesa da vida**: aborto e direitos humanos. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, Patriarcado e violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

_____. **A mulher na sociedade de classes**: mito e realidade. 3. Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos. **Ética e direitos humanos**. (Módulo 3). Curso de capacitação para agentes multiplicadores/as. 5. Ed. Brasília-DF: CFESS, 2016.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**. 23(6): 1729- 1736, 2018.

SANTOS, Vanessa Cruz; et al. **Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública**. Rev. Bioét. (Impr)2013; 21 (3): 494-508.

SEGRE, Marco. Considerações éticas sobre o início da vida: aborto e reprodução assistida. IN. CAVALCANTE, Alcilene; XAVIER, Dulce. **Em defesa da vida**: aborto e direitos humanos. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.

SILVA, José Fernando Siqueira da. **Serviço Social**: resistência e emancipação? São Paulo: Cortez, 2013.

SINGH, Susheela; REMEZ, Lisa; SEDGH, Gilda; KWOK, Lorena; ONDA, Tsuyoshi. **Abortion Worldwide 2017**: Uneven Progress and Unequal Access, New York: Guttmacher Institute, 2018.

SOARES, Gilberta Santos. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 19 (sup. 2) s399-s406, 2003.

SOARES, J. M. de M.; MOURÃO, L. de M. **O Assistente Social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no Piauí.** Teresina: UFPI, 2016.

SOS CORPO. Instituto Feminista para Democracia. Auto determinação reprodutiva: uma contribuição feminista à construção democrática brasileira. IN: CEFEMEA; CURUMIN. **Trajetória e argumentos feministas pelo direito ao aborto no Brasil.** Brasília: CEFEMEA, 2018.

TALIB, Rosângela Aparecida. **Dossiê: serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros, (1989-2004).** São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2005.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. IN: ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.** Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

TELES, Ney Moura. **Direito penal: parte especial.** art. 121 a 212. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006. v. 2

TOLEDO, Cecília. **Mulheres: o gênero nos une a classe nos divide.** 2. Ed. São Paulo: Surdeermann, 2008.

TORRES, Iranildes Caldas. **As Primeiras-damas e a assistência social: relações de gênero e de poder.** São Paulo: Cortez, 2002.

TORRES, Mabel Mascarenhas; LANZA, Maria Bettiol. Serviço Social: exercício profissional do Assistente Social na gestão de políticas públicas. **Argumentum.** Vitória (ES), v. 5, n.1, p. 197-215, jan./jun. 2013.

VASCONCELOS. Ana Maria. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2013.

VELOSO, Renato. No caminho de uma reflexão sobre o Serviço Social e Gênero. **Revista Praia Vermelha.** Estudo de política e Teoria Social. V. 2, n. 4. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

VENTURA, Mirian. **Direitos Sexuais reprodutivos no Brasil.** 3. ed. Brasília: UNFPA, 2009.

VERARDO, Maria Tereza. **Aborto: um direito ou um crime?.** São Paulo: Moderna, 1987.

VIANNA, Oliveira. **Populações meridionais do Brasil.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

VIANNA, Adriana. **Direitos e políticas sexuais no Brasil: Mapeando diagnóstico.** Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.

VILLELA, Wilza Vieira. **Aborto, saúde e cidadania.** São Paulo: Editora Unesp, 2011.

VINAGRE, Marlise. Ética, direitos humanos e projeto profissional emancipatório: IN: FORTI, Valeria; GUERRA, Yolanda. **Ética e Direitos**: ensaios críticos. 4 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

YAZBEK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. IN: ABEPSS. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009a.

YAZBEK, Maria Carmelita. Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. IN: ABEPSS. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009b.

APÊNDICES

APÊNDICE I:

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA AOS PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL NO SERVIÇO DE SAÚDE DE REFERÊNCIA EM ABORTO LEGAL EM TERESINA – PIAUÍ.

O presente roteiro de entrevista constitui-se num instrumento de pesquisa para produção da Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão. Os sujeitos da pesquisa são as/os assistentes sociais de um serviço de saúde de referência, localizada em Teresina Piauí e a equipe multiprofissional integrante desse serviço

Observação: Os itens a seguir levantados são para nortear as entrevistas, mas não estão fechados, podendo sofrer modificações ao longo do processo.

1. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

1.1 Idade

25 e 30 anos 31 e 45 anos 46 a 55 anos mais de 56

1.2 Sexo

Feminino Masculino

1.3 Estado Civil

Solteira Casada outros

1.4 Crença Religiosa

Católica Evangélica Espírita De matriz africana sem religião
 outras

1.5 Possui alguma deficiência? Qual?

1.6 Nível de formação (ano e local)

Graduação: _____ Ano: _____

Especialização Mestrado Doutorado

1.7 Vínculo institucional

Efetivo Serviço Prestado Cargo Comissionado

1.8 Tempo de experiência profissional nessa instituição:

1.9 Tempo de experiência profissional no SAMVVIS;

1.10 Qual sua relação com o conselho profissional, conjunto CFESS/GRESS?

2. ANÁLISE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DAS ASSISTENTES SOCIAIS

2.1 Quais serviços de atendimento à saúde da mulher existem na maternidade e quais destes contam com a/o assistente social?

2.2 Em quantos destes serviços se realizam ações de prevenção da gravidez e planejamento familiar?

2.3 Como você define o aborto e de que forma esse assunto tem sido tratado no âmbito deste serviço?

2.4 Em que circunstâncias o aborto é realizado nesta maternidade e qual o procedimento para acessá-lo?

- 2.5 Quais as ações que cabem ao setor do Serviço Social em relação a uma solicitação ao aborto (encaminhamentos, alternativas)?
- 2.6 Quais os fundamentos (teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos) que você se baseia para essa intervenção profissional?
- 2.7 Na sua opinião, quais seriam os determinantes sociais, econômicos e culturais que levam a uma interrupção voluntária da gravidez?
- 2.8 Quais as capacitações são ofertadas pelo Serviço para o desempenho de suas ações?
- 2.9 Como ocorre o trabalho multiprofissional e como você avalia a intervenção profissional realizada pelas (os) assistentes sociais nesse serviço?
- 2.10 Como analisa as contribuições profissionais do serviço social no âmbito do serviço de aborto legal e na viabilização do acesso a eles?
- 2.10 Quais as limitações institucionais e dificuldades profissionais diante da solicitação de aborto legal?
- 2.11 Como compreende a Portaria nº 1.508, de 1º setembro de 2005, que autoriza a interrupção voluntária da gravidez nos casos previstos em Lei, ou outras legislações, normatizações, portarias?
- 2.12 O que você pensa a respeito do debate sobre o aborto proposto pelo conjunto CFESS/CRESS?

3. ANÁLISE SOBRE A INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SAMVVIS.

- 3.1 Quais ações são desenvolvidas pelo serviço no atendimento à solicitação de aborto e qual o procedimento para acessá-lo?
- 3.2 De que forma o aborto legal tem sido tratado no âmbito deste serviço?
- 3.3 Como ocorre o atendimento multiprofissional nesse serviço?
- 3.4 Como você avalia o serviço social para esse serviço?
- 3.5 Quais as limitações e dificuldades profissionais diante da solicitação de aborto legal?

APÊNDICE II
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Serviço Social e Aborto Legal: contribuições e limites profissionais em um serviço de saúde de referência em Teresina - Piauí no período de 2012 a 2016.

Pesquisadora Responsável: Marly de Jesus Sá Dias

Assistente da Pesquisa: Jackeline Araujo Silva

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Maranhão/ Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (Mestrado)

Telefone para contato: (86) 999453300; (98) 3272-8666 (Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas)

Local de coleta de dados: Maternidade de referência nos serviços de aborto legal em Teresina, Piauí.

Você está sendo convidada (o) para participar, como voluntária(o), na presente pesquisa. Leia cuidadosamente as informações e pergunte as responsáveis pelo estudo em caso de qualquer dúvida.

Após o esclarecimento das informações a seguir, poderá contribuir com o estudo ao aceitar participação assinando ao final deste documento, em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada (o) de forma alguma.

A presente pesquisa tem como objetivos:

- Conhecer os serviços de Aborto Legal existentes na maternidade em apreço, que conta com assistentes sociais em sua equipe multiprofissional.
- Apreender as particularidades das ações profissionais do serviço social, em termos teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo no contexto da equipe multiprofissional do Serviço de referência e à luz das legislações que asseguram o aborto legal.
- Levantar as contribuições e limites deste fazer profissional para afirmar e assegurar os direitos das mulheres no qual concerne o acesso aos serviços de aborto legal.

Sua contribuição é voluntária e fundamental para a consecução dos objetivos propostos, bem como para produção dos novos conhecimentos científicos que poderão contribuir para discussão, de forma propositiva, acerca da realidade em que se processa a intervenção do serviço social nos serviços de aborto legal da Maternidade.

A pesquisa utilizará uma abordagem qualitativa, cujo principal instrumento de coleta de dados será a aplicação de entrevista semiestruturada e registro de áudio, caso autorizado, tendo em vista que esse recurso favorece para o colhimento e preservação das informações coletadas. A entrevista terá duração de uma (1) hora e será feita pela pesquisadora responsável ou pela assistente de pesquisa.

A possibilidade de riscos na pesquisa é mínima, como possível desconforto em responder alguma questão, para os quais estaremos atentos para prevenir ou minimizar seus efeitos. Cabe ressaltar que você tem total liberdade para decidir se participa ou não do estudo, sem que a negativa lhe traga qualquer complicação legal. Em caso de aceite, garantiremos a preservação de seu anonimato, mediante a confidencialidade e respeito, lhe facultando ainda sua retirada da pesquisa em qualquer fase, sem penalização ou prejuízos.

Os benefícios esperados com este estudo destacam-se a possibilidade de compartilhar informações sobre o serviço social na instituição bem como nos serviços de aborto legal para consolidação de um estudo que contribuirá com o arcabouço teórico da profissão a respeito do tema.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e para garantir o anonimato e assegurar o sigilo de sua participação, não serão divulgados de forma individual.

As pesquisadoras responsáveis se comprometem a tornar públicos apenas nos meios acadêmicos e científicos, nacionais e internacionais, os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Maiores informações ou esclarecimentos sobre o procedimento exposto poderão ser obtidos junto à pesquisadora responsável, assistente de pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA, conforme segue a baixo:

- **Pesquisadora Responsável:**

Marly de Jesus Sá Dias – Doutora em Políticas Públicas e Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da UFMA e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – UFMA
Rua Projetada, Condomínio Arpoador, casa 18, Cohajoli/Vila Vicente Fialho, São Luís, Maranhão. Contato telefônico: (98) 3214. 1328.
marlydejesus@yahoo.com.br

- **Assistente de Pesquisa**

Jackeline Araujo Silva – Mestranda em Políticas Públicas da UFMA, Especialista em Seguridade Social – FAR, Bacharel em Serviço Social- FSA.

Rua Engenheiro Alves Noronha, 5281, Buenos aires
Teresina, Piauí. Contato telefônico: (86) 999453300
jackearaujo-@hotmail.com

- **Comitê de Ética em Pesquisa**

Universidade Federal do Maranhão
Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga,
Prédio do CEB Velho, CEP 65080-80, São Luís - Maranhão.
E-mail para correspondência cepufma@ufma.br.
Telefone para contato: 3272-8708

AUTORIZAÇÃO

Eu _____,
portadora do documento de identidade nº _____, após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de esclarecer dúvidas com os responsáveis pela pesquisa, afirmo em estar devidamente informada(o) em relação a minha participação voluntária na concessão de entrevista para fins de consecução da pesquisa e manifesto meu livre consentimento em participar, estando ciente de que não há valor econômico, a receber ou pagar, por minha participação. Ficaram claros os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício dessa instituição.

Teresina, Piauí ____ de _____ de 2018.

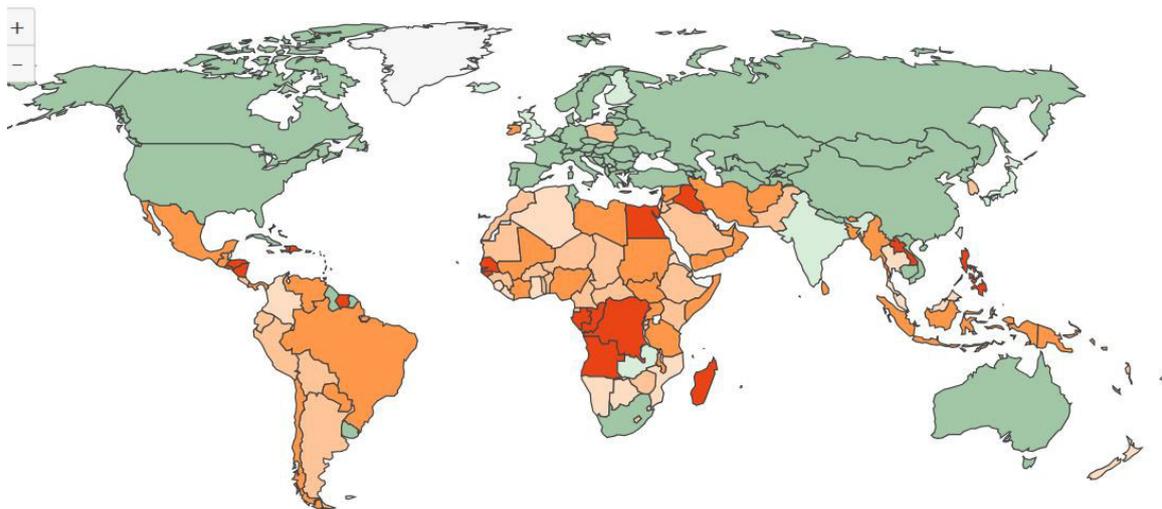
Assinatura do participante

Marly de Jesus Sá Dias
Pesquisadora Responsável

Jackeline Araújo Silva
Assistente de Pesquisa

ANEXOS

ANEXO 1-Legalidade do aborto no mundo



- 1** > Proibido completamente (sem exceções legais explícitas)
- 2** > Para salvar a vida da mulher
- 3** > Salvar a vida da mulher / preserve a saúde física
- 4** > Salvar a vida da mulher / preserve a saúde física e mental
- 5** > Salvar a vida da mulher / preservar a saúde física e mental / por motivos socioeconômicos
- 6** > Nenhuma restrição quanto à razão (com requisitos gestacionais e outros)

Fonte: Institute Guttmacher

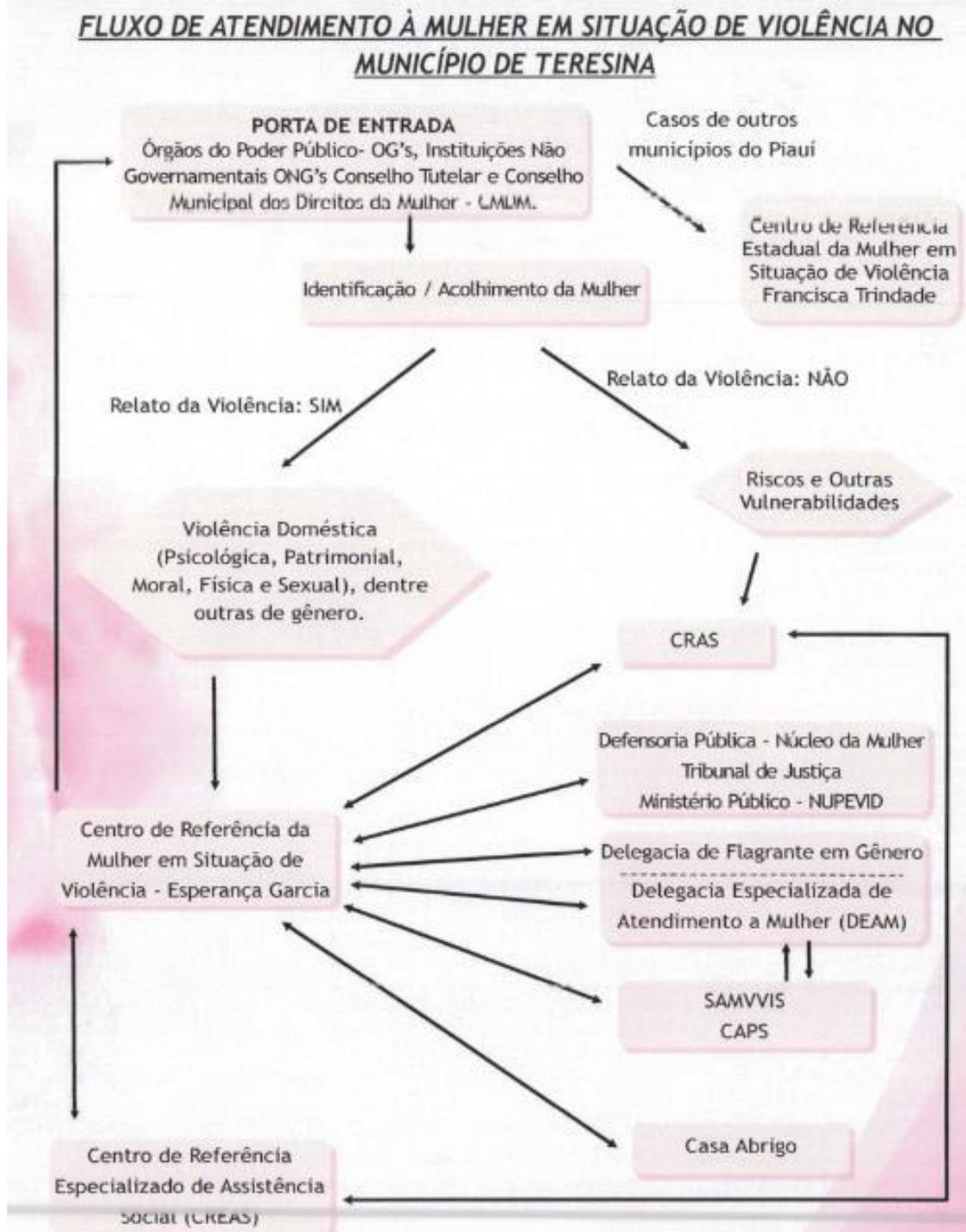
ANEXO 2 – Crimes contra a dignidade sexual – Estupro

UF	Estupro					
	2012		2013		2014	
	Números absolutos	Taxas/100 mil habitantes	Números absolutos	Taxas/100 mil habitantes	Números absolutos	Taxas/100 mil habitantes
Brasil	50.224	25	51.090	25	50.438	25
AL	493	15	1.275	39	565	17
BA	2.512	17	3.149	21	2.712	18
CE	1.485	17	1.675	19	1.687	19
MA	967	14	1.034	15	1.019	15
PB	336	9	310	8	367	9
PE	2.107	23	2.525	27	2.231	24
PI	442	14	443	14	481	15
RN	329	10	240	7	323	9
SE	465	21	498	23	510	23

UF	Estupro			
	2015		2016	
	Números absolutos	Taxas/100 mil habitantes	Números absolutos	Taxas/100 mil habitantes
Brasil	47.461	23	49.497	24
AL	548	16	500	15
BA	2.549	17	2.709	18
CE	1.454	16	1.538	17
MA	952	14	995	14
PB	289	7	376	9
PE	1.939	21	1.976	21
PI	539	17	653	20
RN	320	9	206	6
SE	443	20	541	24

Fonte: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019.

ANEXO 3 – Rede de Enfrentamento a violência contra a mulher em Teresina.



Fonte: Tribunal de Justiça do Piauí.

ANEXO 4- Indicadores - Serviços especializados na Atenção as Pessoas em Situação de Violência Sexual com a Classificação a Atenção a Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei

← → ↻ ⓘ Não seguro | cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=165&VListar=1&VEstac

Ministério da Saúde

CNESNet
Secretaria de Atenção à Saúde

DATASUS

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Home Institucional Serviços Relatórios Consultas

Indicadores - Serviços Especializados

Estado: TODOS
Município: TODOS
Tipo de Serviço:
Serviço Especializado: ATENCAO AS PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL
Classificação: ATENCAO A INTERRUPCAO DE GRAVIDEZ NOS CASOS PREVISTOS EM LEI

Existem 97 registros na tabela - Mostrando página 1 de 1

CNES	Estabelecimento	CNPJ	CNPJ Mantenedora	Município
2173468	C T A		17749896000109	SAO JOAO DEL REI
2789620	CAIS		23455313000130	ITUMBIARA
0003972	CENTRO DE PARTO HUMANIZADO JOAO BATISTA CARIBE	13937131001890	13937131000141	SALVADOR
6760953	CENTRO DE REFERENCIA EM IST AIDS E HEPATITES VIRAIS		27165554000367	VILA VELHA
2711613	CENTRO INTEGRADO DE SAUDE AMAURY DE MEDEIROS	11022597001244		RECIFE
2081695	CONJUNTO HOSPITALAR SOROCABA	46374500001409	46374500000194	SOROCABA
2707675	FAHERG	91102236000194		RIO GRANDE
0027049	HOSP DAS CLINICAS DA UNIV FED DE MINAS GERAIS EBSERH	15126437001549		BELO HORIZONTE
2562154	HOSP MATERN JOAO FERREIRA GOMES		07683956000184	ITAPAGE
2080346	HOSP MUN DR CARMINO CARICCHIO	46392148001604	46392130000380	SAO PAULO
2786680	HOSP MUN FERNANDO MAURO PIRES DA ROCHA	46392148003054	46392130000380	SAO PAULO
2079186	HOSP MUN MAT ESC DR MARIO DE MORAES A SILVA	46392148001000	46392130000380	SAO PAULO
2075717	HOSP MUN MATERNIDADE PROF MARIO DEGNI	46392148002910	46392130000380	SAO PAULO
2080583	HOSP MUN TIDE SETUBAL	46392148001787	46392130000380	SAO PAULO
2710935	HOSP UNIVERSITARIO DA UFGD DOURADOS MS	07775847000278		DOURADOS
0000418	HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES	10572048000390	10572048000128	RECIFE
6020917	HOSPITAL DA MULHER MARIA JOSE DOS SANTOS STEIN		46522942000130	SANTO ANDRE
4044916	HOSPITAL DAS CLINICAS	32479164000130	32479123000143	VITORIA
2082187	HOSPITAL DAS CLINICAS FAEPA RIBEIRAO PRETO	57722118000140		RIBEIRAO PRETO
2351994	HOSPITAL DE CARUARU JESUS NAZARENO	10572048001523	10572048000128	CARUARU
2237601	HOSPITAL DE CLINICAS	87020517000120		PORTO ALEGRE
2384299	HOSPITAL DE CLINICAS	75095679000220	75095679000149	CURITIBA
2246929	HOSPITAL DE CLINICAS DE PASSO FUNDO	92030543000170		PASSO FUNDO
2146355	HOSPITAL DE CLINICAS DE UBERLANDIA		25648387000118	UBERLANDIA
2691485	HOSPITAL DE GASPAR	84045830000125		GASPAR
2723212	HOSPITAL DISTRIAL GONZAGA MOTA MESSEJANA	04885197000306	04885197000144	FORTALEZA
2430711	HOSPITAL DOM MALAN		10572048000128	PETROLINA
2408570	HOSPITAL DR JOSE PEDRO BEZERRA	08241754011007	08241754000145	NATAL
7047428	HOSPITAL E MATERNIDADE DRA ZILDA ARNS NEUMANN	04885197001388	04885197000144	FORTALEZA
2321122	HOSPITAL E MATERNIDADE SINHA CARNEIRO	08778268000675	08778268000160	SANTA LUZIA
2395886	HOSPITAL E PRONTO SOCORRO MUNICIPAL MILTON PESSOA MORBECK		03439239000150	BARRA DO GARCAS
2400324	HOSPITAL EDSON RAMALHO	10848190000155		JOAO PESSOA
0003778	HOSPITAL ESTADUAL DA MULHER	13937131005887	13937131000141	SALVADOR
2265052	HOSPITAL FEMINA SA	92787118000200		PORTO ALEGRE
2223538	HOSPITAL GERAL	88648761001843		CAXIAS DO SUL
0027022	HOSPITAL JULIA KUBITSCHK	19843929002820	19843929000100	BELO HORIZONTE

2562499	HOSPITAL MATERNIDADE SAO LUCAS		02628917000160	JUAZEIRO DO NORTE
2339196	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		02529964000157	GOIANIA
0010537	HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASILIA HMIB	00394700000884	00394700000108	BRASILIA
2566168	HOSPITAL MATERNO INFANTIL N SRA DE NAZARETH		84012012000126	BOA VISTA
2237822	HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS		92963560000160	PORTO ALEGRE
2192896	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BHERENS HOB	16692121000181		BELO HORIZONTE
4069803	HOSPITAL MUNICIPAL DE JUINA DR HIDEO SAKUNO		15359201000157	JUINA
2381990	HOSPITAL MUNICIPAL GETULIO VARGAS		02125227000199	ARAGARCAS
2789647	HOSPITAL MUNICIPAL MODESTO DE CARVALHO		23455313000130	ITUMBIARA
2237571	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA	92787118000120		PORTO ALEGRE
2348489	HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES	10572048004387	10572048000128	SERRA TALHADA
2337339	HOSPITAL PRONTO SOCORRO MUNICIPAL MARIO PINOTTI		07917818000112	BELEM
5412447	HOSPITAL PUBLICO MUNICIPAL DE MACAE HPM		36292589000196	MACAE
0010480	HOSPITAL REGIONAL DE CEILANDIA		00394700000108	BRASILIA
2755149	HOSPITAL REGIONAL DE PARAISO DR ALFREDO O BARROS	25053117002965	25053117000164	PARAISO DO TOCANTINS
2555646	HOSPITAL REGIONAL DE SAO JOSE DRHOMERO MIRANDA GOMES	82951245001050	82951245000169	SAO JOSE
3210243	HOSPITAL REGIONAL DR JOFRE DE MATOS COHEN		04329736000169	PARINTINS
4009622	HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ	06553564010281		PICOS
2558254	HOSPITAL SANTO ANTONIO	82654088000120		BLUMENAU
2448521	HOSPITAL SAO JOSE	27502715000107		COLATINA
2537397	HOSPITAL UNIMED CHAPECO	85283299000272		CHAPECO
3157245	HOSPITAL UNIVERSITARIO		83899526000182	FLORIANOPOLIS
3508528	HOSPITAL UNIVERSITARIO	09549061000349		CANOAS
4014111	HOSPITAL UNIVERSITARIO ANA BEZERRA HUAB	24365710001236	24365710000183	SANTA CRUZ
2726653	HOSPITAL UNIVERSITARIO DO MARANHAO	06279103000208	06279103000119	SAO LUIS
2655411	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MULLER		33004540000100	CUIABA
0010472	HRG	00054015000302	00394700000108	BRASILIA
2484366	IESPHOSPITAL DE PINHEIROS		27174085000180	PINHEIROS
6627595	INSTITUTO DA MULHER DONA LINDU	11729421000174		MANAUS
0003794	INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA	13937131000303	13937131000141	SALVADOR
2362287	INSTITUTO DE SAUDE ELPIDIO DE ALMEIDA		08993917000146	CAMPINA GRANDE
2399644	MATERNIDADE CANDIDA VARGAS	35501733000194		JOAO PESSOA
2453665	MATERNIDADE CARMOSINA COUTINHO	06082820000237	06082820000156	CAXIAS
2436477	MATERNIDADE DARCY VARGAS	82951245002536		JOINVILLE
2000733	MATERNIDADE E CLINICAS DE MULHERES BARBARA HELIODORA	04034526000305	04034526000143	RIO BRANCO
2481286	MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND	07272636000301	07272636000131	FORTALEZA
2409208	MATERNIDADE ESCOLA JANUARIO CICCO	24365710001406	24365710000183	NATAL
5714397	MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE LOURDES	10436979001413		ARACAJU
0026972	MATERNIDADE ODETE VALADARES	19843929002901	19843929000100	BELO HORIZONTE
4071468	NABS		23455313000130	ITUMBIARA
2396866	SANTA CASA	03099157000104		RONDONOPOLIS
6497314	SANTA CASA	04039178000105		RIO BRANCO
2752700	SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARA	04929345000185		BELEM
6518893	SES RJ HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART	42498717010622	42498717000155	SAO JOAO DE MERITI
0012521	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA	42498717000660	42498717000155	NITEROI
7529384	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL DOS LAGOS NOSSA SENHORA DE NAZARETH		42498717000155	SAQUAREMA
2270390	SMS HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO AP 33	29468055000706	29468055000102	RIO DE JANEIRO
7041624	SMS HOSPITAL MUNICIPAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO AP 51		29468055000102	RIO DE JANEIRO
2270269	SMS HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO AP 21	29468055000374	29468055000102	RIO DE JANEIRO
2295407	SMS HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA AP 52		29468055000102	RIO DE JANEIRO
5717256	SMS HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA AP 33		29468055000102	RIO DE JANEIRO
2280248	SMS MATERNIDADE CARMELA DUTRA AP 32	29468055009088	29468055000102	RIO DE JANEIRO
7027397	SMS MATERNIDADE MARIA AMELIA BUARQUE DE HOLLANDA AP 10		29468055000102	RIO DE JANEIRO
2269945	SMS RIO HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING	29468055009169	29468055000102	RIO DE JANEIRO
2270714	SMS RIO HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHAES	29468055000617	29468055000102	RIO DE JANEIRO
2708922	UNIDADE HOSPITALAR DE NOVO AIRAO		04533113000103	NOVO AIRAO
0000671	US 153 POLICLINICA E MATERNIDADE ARNALDO MARQUES		10565000000192	RECIFE
0000531	US 159 POLICLINICA AGAMENON MAGALHAES		10565000000192	RECIFE
0000701	US 165 MATERNIDADE BANDEIRA FILHO		10565000000192	RECIFE
0020516	US 167 POLICLINICA E MATERNIDADE PROFESSOR BARROS LIMA		10565000000192	RECIFE
7958838	US 444 HOSPITAL DA MULHER DO RECIFE DRA MERCES PONTES CUNHA		10565000000192	RECIFE

Fonte: Website do CNESNet, portal DataSUS, 2019.