



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Santos Farias, Rejane; Fontenele Cavalcanti, Ludmila
Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital
Municipal Fernando Magalhães
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 7, julho, 2012, pp. 1755-1763
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023392014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães

Practice in situations of legal abortion from the perspective of health professionals at Fernando Magalhães public hospital

Rejane Santos Farias ¹
Ludmila Fontenele Cavalcanti ¹

Abstract *The scope of this study was to analyze perceptions of health professionals at Fernando Magalhães Public Hospital regarding situations involving the practice of legal abortion. With this in mind, we sought to characterize the professionals interviewed, understand the qualifying process for assistance of women requiring abortion and identify the perceptions of the professionals regarding the practice of legal abortion. The quantitative and qualitative approach in terms of methodology was adopted. The instruments used were analysis of institutional documentation and semi-structured interviews based on a script with informed consent. The results of this research revealed: the inappropriate use of the right to conscientious objection by health professionals; the existence of difficulties faced by professionals in construction of a posture that ensures access to legally sanctioned abortion; and the interference of ethical and religious values as an important element in professional attitudes that discourage the practice of legal abortion. Measures for the ongoing education of professionals and the monitoring of actions applied to technical norms are recommended.*

Key words *Legal abortion, Health professionals, Perceptions*

Resumo *O presente estudo teve como objetivo analisar as percepções dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães (HMFEM) sobre a atuação diante das situações de aborto legal. Para tal, buscou-se caracterizar os profissionais entrevistados, compreender o processo de qualificação para o atendimento às mulheres em situação de aborto e identificar as percepções dos profissionais sobre a atuação diante do aborto legal. Quanto à metodologia, adotou-se a abordagem quantitativa e qualitativa. Os instrumentos utilizados foram a análise de documentação institucional e as entrevistas do tipo semi-estruturada, baseadas em roteiro com consentimento livre e esclarecido. Os resultados desta pesquisa apontaram para: o uso inadequado do direito a objeção de consciência por parte dos profissionais de saúde; a existência de diferentes dificuldades dos profissionais na construção de uma postura capaz de garantir o acesso ao aborto previsto em lei; e a interferência dos princípios éticos e dos valores religiosos como um elemento importante na postura profissional que desestimula a prática do aborto legal. Recomendam-se medidas voltadas para a formação continuada dos profissionais e monitoramento das ações preconizadas pelas normas técnicas.*

Palavras-chave *Aborto legal, Profissionais de saúde, Percepções*

¹ Núcleo de Políticas Públicas, Indicadores e Identidades, Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. rejanes_farias@yahoo.com.br

Introdução

O presente estudo teve como objetivo analisar as percepções dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães (HMFM) sobre a atuação diante das situações de aborto legal.

Tal escolha está relacionada com a necessidade da promoção deste tipo de serviço e com as consequências de sua ausência na vida da população feminina no Brasil.

A realização de diagnósticos quantitativos e qualitativos sobre os serviços de acesso ao aborto legal está prevista na Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes¹ e na Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento². A insuficiência de estudos sobre o único serviço de aborto legal no estado do Rio de Janeiro³ faz com que sua realização seja necessária para reflexão sobre novas estratégias de enfrentamento, orientação das capacitações dos profissionais e melhoria desse serviço.

De acordo com Galli⁴, o direito humano a viver livre de violência inclui o direito a receber um tratamento humanizado nos serviços de saúde. Nos casos de violência sexual, a recusa dos profissionais de saúde em realizar a interrupção da gravidez se constitui em uma violência institucional contra essas mulheres, afetando sua autodeterminação sexual e reprodutiva.

No contexto dos direitos sexuais e reprodutivos, a noção de acesso deve ser entendida não de forma restrita, uma vez que a noção de acessibilidade não se reduz ao acesso físico à unidade de saúde. Faz-se necessário destacar que o conceito de acessibilidade é mais abrangente do que simplesmente acesso (ato de ingressar, entrada), pois inclui todo o processo realizado pelo usuário, desde o momento que este sai de sua casa, sua chegada e permanência no serviço de saúde, e o retorno à sua residência.

O acesso é um elemento essencial no atendimento para que se possa incidir sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade. Segundo a Organização Mundial de Saúde⁵, a acessibilidade é um indicador de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde. Nessa perspectiva, o processo de utilização dos serviços é visto como resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura e do profissional que o conduz dentro do sistema⁶.

A condição de ilegalidade do aborto no país, além de todas as consequências danosas para a vida e a saúde das mulheres, também influi negativamente sobre os serviços de saúde, pois con-

tamina inclusive o atendimento realizado nos casos de aborto previsto em lei.

Para Soares⁷, uma das principais dificuldades encontradas para a implantação dos serviços de atendimento ao aborto legal tem sido a de identificar profissionais de saúde disponíveis para atuar. Isto se dá devido aos seguintes fatores: a) desconhecimento dos profissionais de saúde inseridos nos serviços de referência, em relação à legislação vigente sobre o aborto legal; b) temor em relação às complicações judiciais sentido pelos profissionais devido ao receio de serem punidos legalmente e culpabilizados pela realização do aborto mesmo ao realizar procedimentos permitidos por lei; c) forte influência dos valores ético-religiosos destes profissionais que na maioria das vezes não conseguem desvincular a prática profissional de suas concepções e valores pessoais; e d) repúdio ao estigma de aborteiros.

Isso ocorre em grande parte devido ao despreparo dos profissionais de saúde para lidar com as questões relacionadas ao abortamento, à violência sexual e doméstica e às relações de gênero, uma vez que os mesmos não recebem em sua formação profissional nenhum preparo e nem abordagem para lidar com esses temas que atualmente ganharam relevância no campo da saúde pública.

Tal visão é reiterada por D'Oliveira e Schraiber⁸, quando afirmam que o despreparo dos profissionais para lidar com estas questões está relacionado com a falta de domínio do instrumental teórico e prático para tratar dos agravos resultantes da violência sexual, uma vez que este tema não faz parte da formação dos profissionais de saúde.

A atenção ao aborto legal no Brasil deve estar pautada nos seguintes princípios éticos que orientam os profissionais de saúde: a concepção de autonomia do paciente, a beneficência, a probidade e a justiça⁹. Estes princípios devem ser a base para os cuidados voltados para as mulheres que se encontram em situação de violência sexual. As mulheres que a vivenciam necessitam ser atendidas nas unidades de saúde com respeito e acolhimento e devem ser bem informadas sobre seus direitos, para que então possam fazer escolhas conscientes em relação à decisão que irão tomar em caso de gestação fruto da violência.

Os profissionais de saúde devem levar em conta o fato dessas mulheres se encontrarem na maioria das vezes não só feridas fisicamente, pois o abuso sexual, dentre outras complicações para a saúde da mulher, também a abala psicologicamente.

O HMFM, inaugurado em 1955, é a maior maternidade da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ). Essa unidade localiza-se em São Cristóvão, na Área Programática 1.0, e foi reestruturada em 1985, tornando-se referência para o atendimento à gestação de alto risco.

Essa unidade foi considerada legalmente, em 1988, como o primeiro hospital do município do Rio de Janeiro referência no atendimento aos casos de aborto previsto em lei. Somente em 1996, seguindo a recomendação da III Conferência Municipal de Saúde de programar o funcionamento dos serviços de aborto legal, iniciou-se a elaboração de projetos de atendimento às mulheres que necessitam realizar a interrupção da gestação.

Em 1999, o HMFM ampliou sua proposta de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, tornando-se referência e envolvendo diferentes serviços da unidade.

Essa demora entre a aprovação do projeto de lei e a efetivação do atendimento às mulheres com demanda por aborto legal demonstra o quanto a implantação dos serviços de acesso ao aborto legal vem ocorrendo de forma lenta e gradativa no município¹⁰.

Para Leocádio¹¹, isso ocorre porque a discussão sobre a necessidade de ampliação do acesso a esses serviços no Brasil ainda esbarra na discussão do aborto sob a ótica dos valores, da moral e da religião, deixando de ser discutida a partir de uma ótica humanística, mesmo quando se trata de uma gravidez decorrente do estupro.

Outro fator a ser considerado é que durante todos esses anos, a temática do aborto em relação à atenção integral à saúde dessas mulheres só ganhou relevância sob o ponto de vista legal, não se refletindo diretamente em serviços.

Percurso metodológico

O estudo vale-se do pressuposto de que as percepções dos profissionais de saúde estão condicionadas pelo processo de capacitação e pela experiência no atendimento.

Para tal, buscou-se caracterizar os profissionais entrevistados, através das seguintes informações: atuação profissional, sexo, idade, naturalidade, situação conjugal, orientação religiosa, profissão, local de formação, tempo de formado, pós-graduação, tempo na unidade e tempo no atendimento às mulheres que procuram o serviço de aborto legal. Também tornou-se necessário com-

preender o processo de qualificação para o atendimento às mulheres em situação de aborto e identificar as percepções dos profissionais sobre a atuação diante de casos de aborto legal.

Procurou-se adotar neste estudo a abordagem do tipo pluralista, em que a complementaridade entre técnicas quantitativas e qualitativas resulta em uma pesquisa por triangulação de métodos^{12,13}. Pois este método é o que melhor permite alcançar o objetivo proposto, uma vez que possibilita estabelecer uma relação dialética no processo de pesquisa.

Para tanto, utilizou-se os seguintes instrumentos: análise de documentação institucional (estatística institucional contendo o total de procedimentos de aborto legal realizados na unidade entre os anos de 1997 e 2008), bem como a realização de entrevistas semiestruturadas baseadas em roteiro¹⁴, com perguntas formuladas a partir do delineamento do objeto.

A coleta de dados foi desenvolvida no período de setembro a outubro de 2008 e sua abrangência limitou-se aos profissionais de saúde que participavam do atendimento às mulheres com demanda por aborto legal no HMFM.

A amostra utilizada no estudo foi composta pelos profissionais de nível superior pertencentes a cada categoria presente nos plantões da emergência e que são preconizados pelas normas técnicas do Ministério da Saúde^{1,2} para a realização do atendimento às mulheres com demanda por aborto legal.

A participação dos sujeitos da pesquisa se deu de forma voluntária e a realização das entrevistas esteve condicionada à aceitação dos mesmos em participar do estudo, através do termo de consentimento livre e esclarecido.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Foram realizadas 24 (vinte e quatro) entrevistas com duração total de 7 (sete) horas e 10 (dez) minutos, com tempo máximo de 34 minutos e 6 segundos e mínimo de 8 minutos e 12 segundos. O tempo médio das entrevistas foi de 16 minutos e 48 segundos.

Foram entrevistados 24 profissionais de saúde que incorporam em seus procedimentos de rotina o atendimento às mulheres com demanda por aborto legal [2 assistentes sociais, 2 psicólogas, 3 médicos(as) anestesistas, 6 enfermeiros(as) e 11 médicos(as) obstetras].

Os dados apreendidos na fala dos entrevistados foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo¹⁴, na modalidade temática¹⁵, classificados em núcleos de sentido. Esta técnica permite caminhar na direção da descoberta do

que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado.

A realização da análise de conteúdo foi desenvolvida em três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação. Na primeira realizou-se a leitura, organização do material e a definição das categorias; na segunda, as percepções dos profissionais de saúde foram classificadas a partir das categorias realizadas na etapa anterior e, por último, na terceira, foram feitas as análises e articulações com os referenciais teóricos do estudo.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da SMSDC/RJ em 01 de setembro de 2008, em cumprimento a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regula a pesquisa envolvendo seres humanos.

Caracterização dos profissionais

No que diz respeito à distribuição dos sujeitos por atuação profissional, observa-se que entre os entrevistados houve o predomínio do conjunto de médicos(as) obstetras. Apesar das normas técnicas^{1,2} preconizarem que a equipe de saúde para os atendimentos tanto nos casos de violência sexual como nos casos de aborto legal devem ser compostas não só por profissionais médicos(as), mas também por psicólogo(as), assistentes sociais e enfermeiros(as), o atendimento nesses dois casos só é inviabilizado pela ausência do profissional médico. Verifica-se que os profissionais de enfermagem são o segundo grupo mais numeroso dentre os entrevistados.

A atuação dos(as) enfermeiros(as) no atendimento às mulheres em situação de violência sexual ou com demanda por aborto legal, de acordo com Cavalcanti¹⁶, assume um papel fundamental tanto na recepção e acolhimento quanto no acompanhamento posterior delas.

Chama a atenção o reduzido número de médicos(as) anestesistas na unidade envolvidos neste atendimento, pois sua atuação é indispensável para a realização deste tipo de procedimento.

Outro fato relevante é o reduzido número de assistentes sociais e psicólogas inseridos no HMFM. Deve-se considerar que os enfoques da psicologia e do serviço social podem ser diferenciados no trato das questões emocionais, relacionais e sociais.

Ao comparar a distribuição dos sujeitos das equipes de profissionais inseridos na instituição por sexo verifica-se que há uma concentração de profissionais do sexo feminino (15) em quase todos

os conjuntos de profissionais, com exceção dos(as) médicos(as) obstetras e anestesistas, onde houve o predomínio do sexo masculino (08) atuando no atendimento às mulheres com demanda por aborto legal. Isso está relacionado com a histórica inserção do sexo feminino na área da saúde.

O maior agrupamento de profissionais do sexo feminino pode ser observado entre os(as) enfermeiros(as). Tal fato pode ser justificado pela existência de um imaginário social ainda muito forte e presente em nossa sociedade, que estabelece papéis diferenciados para homens e mulheres quando o assunto é tratar e cuidar de doenças. Entretanto, essa reflexão deve ser ampliada para além das questões de gênero no sentido de se contemplar as relações hierarquizadas entre as diferentes categorias profissionais em jogo.

Em relação às idades dos sujeitos entrevistados, nota-se que as idades variam entre 30 a 64 anos e que as faixas etárias predominantes foram de 45 a 49 anos (07) e de 50 a 54 anos (05).

Quanto à naturalidade dos profissionais de saúde, observa-se que a grande maioria (20) é oriunda do Rio de Janeiro.

Quanto à situação conjugal, optou-se por adotar a classificação unido(a) e não unido(a) por retratá-la mais fielmente. A classificação unido(a) refere-se às situações conjugais: casamento e união estável [casado(a), solteiro(a) com companheira(o), divorciado(a) com companheira(o)]. A classificação não unido(a) refere-se à seguinte situação conjugal: solteiro(a).

A maioria dos profissionais se auto-declarou unido(a) nas seguintes situações: casado(a), solteiro(a) com companheira(o) e divorciado(a) com companheira(o), o que correspondeu a 18 dos 24 profissionais entrevistados. Essa condição está diretamente ligada à socialização em determinado modelo de família e também pode ter relação com a faixa etária dos entrevistados.

Com relação à orientação religiosa, a maioria dos profissionais entrevistados (08) se declarou como sendo católico não praticante. Esta autodefinição esteve presente principalmente na fala dos(as) médicos(as).

No que diz respeito à distribuição dos sujeitos por local de formação, o resultado aponta que a maioria dos profissionais (13) estudou em instituição pública de ensino superior.

Quanto ao tempo de formado, observa-se que dentre os 24 profissionais entrevistados, 17 possuíam entre 11 e 25 anos de formação.

No que se refere à distribuição dos sujeitos por pós-graduação, é possível observar que entre os entrevistados o tipo que mais se destacou

foi a *lato sensu*, indicando deste modo que a maioria dos profissionais possuía em sua formação cursos de residência médica e de especializações diversificadas dentro de suas respectivas áreas de atuação.

Quanto à distribuição dos sujeitos por tempo na unidade, nota-se que o tempo de inserção entre os entrevistados variou entre 2 meses e 25 anos, apresentando três concentrações, de 0 a 5 anos (09), de 6 a 10 anos (05) e de 11 a 15 anos (06).

Em relação ao tempo no atendimento às mulheres com demanda por aborto legal, observava-se duas concentrações, de 0 a 5 anos (07) e de 6 a 10 anos (09).

Qualificação para o atendimento às mulheres com demanda por aborto legal

Em relação ao preparo ou abordagem sobre a temática do aborto legal durante a graduação, identificou-se a *ausência de discussão sobre a temática na graduação*, associada *ao desconhecimento dos profissionais de saúde*.

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

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

Para Soares⁷, a prática da indução ao abortamento se constitui em uma dificuldade técnica para os profissionais de saúde devido ao fato de seus treinamentos serem dirigidos apenas para os processos de abortamento que chegam aos serviços de saúde já iniciados, sem dar ênfase à questão do direito ao acesso ao aborto previsto em lei nas instituições de saúde.

A *participação em cursos e capacitações* foi observada na fala da maioria dos entrevistados associada à ideia *de necessidade de qualificação para prestar a assistência adequada*.

No município do Rio de Janeiro essas atividades de capacitação são promovidas pelas seguintes instituições: SMSDC/RJ, Ministério da Saúde, organizações não governamentais e pelas unidades de saúde, com o intuito de qualificar a assistência prestada, contudo, essa iniciativa é incipiente e não contempla a gama de profissionais de saúde existente nos serviços.

A análise das falas dos entrevistados demonstra que ainda há um número significativo de profissionais de saúde que atuam no atendimento às mulheres com demanda por aborto legal e que não participaram de atividades de capacitação. Dentre os motivos alegados pelos profissionais para a não participação nessas capacitações destaca-se: terem como foco apenas os aspectos relacionados ao parto e não ao aborto; a incompatibilidade de horário, pois as atividades por vezes foram oferecidas nos dias e horários que estavam trabalhando em outra instituição; ausência de convocação, já que em alguns casos somente os gestores da unidade participaram; não ter sido o profissional da equipe escolhido, pois, segundo alguns profissionais, havia um número máximo de profissionais por equipe de saúde liberado para participar da atividade; e não pensar de antemão em realizar o aborto legal.

Cabe ressaltar que quando essas capacitações ocorrem, na maioria das vezes a discussão sobre o aborto legal vincula-se ao atendimento às mulheres em situação de violência sexual, sendo pouco exploradas as outras condições legais nas quais o aborto também é permitido.

A *participação em treinamentos relacionados à temática do aborto legal* apareceu de modo tímido no discurso dos seguintes conjuntos de profissionais: psicólogas, enfermeiros(as) e médicos(as) obstetras. Destaca-se apenas na fala dos(as) enfermeiros(as), que associaram a noção de treinamento para atuar nas situações de aborto legal às *orientações passadas pela chefia do setor de enfermagem durante os plantões e rotinas da unidade*.

Isso porque é durante as reuniões de equipe ou no momento em que são repassadas as informações de rotina que muito dos profissionais que não tiveram a oportunidade de participar dos treinamentos ou palestras ocorridos, dentro ou fora da unidade, tomam conhecimento sobre o que foi passado nas mesmas.

Devido à insuficiência de treinamentos, muitos profissionais por não se sentirem capacitados ou confortáveis em oferecer este tipo de atendimento, acabam encaminhando as mulheres que chegam com demanda por aborto legal para a

chefia das suas respectivas áreas ou para a direção da unidade.

Percepções sobre a atuação diante das situações de aborto legal

No que se refere às percepções sobre o aborto legal, identificou-se o seguinte núcleo de sentido: ***interrupção da gravidez prevista em lei***.

Aborto como direito da mulher; primeira ideia associada a este núcleo, predominou na fala das assistentes sociais e faz menção ao fato do aborto legal ser um direito já garantido por lei a todas as mulheres.

A ideia da interrupção da gravidez como um direito de escolha pode evidenciar uma identificação com o discurso feminista que defende o abortamento como um direito reprodutivo, no âmbito dos direitos humanos.

Esse entendimento mais democrático sobre o aborto legal tem relação com a formação profissional dos assistentes sociais, uma vez que seu código de ética tem por princípio uma concepção de equidade e justiça social que assegure a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais independentemente da classe social, sexo ou etnia a que os usuários dos serviços de saúde venham a pertencer.

A ***não violação do código de ética profissional***, segunda ideia associada, foi observada principalmente na fala dos(as) médicos(as) obstetras e aponta para o receio que a maioria destes profissionais tem de descumprir o seu código de ética profissional.

Contudo, o que se observa é que não só os(as) médicos(as), mas também as demais categorias entrevistadas acabam por reproduzir tal posicionamento quando afirmam entender o aborto legal como a interrupção da gravidez prevista em lei e, principalmente, como uma atuação respaldada por seu código de ética profissional.

O número de procedimentos de aborto legal ocorridos no HMFM demonstra que, no período de janeiro de 1997 a junho de 2008, apenas 103 procedimentos foram realizados na unidade, sendo que destes, 74 tiveram indicação por gravidez decorrente de estupro, 19 por gravidez de feto anencéfalo e 10 por risco de vida materna.

Isso pode explicar o fato de os profissionais de saúde inseridos na unidade estudada constantemente associarem o acesso ao procedimento de aborto legal somente aos casos de gravidez decorrente de violência sexual.

Essas informações demonstram a baixa procura pelo procedimento de aborto legal. Isto pode

estar relacionada a fatores como: o êxito da contracepção de emergência no atendimento às mulheres em situação de violência sexual; a carência de divulgação dos serviços de aborto legal; a subnotificação dos casos de violência sexual que resultam em uma gravidez indesejada; e por último, o fato de as mulheres ainda enfrentarem inúmeras barreiras culturais e institucionais no momento que necessitam utilizá-lo.

Talib e Citeli¹⁰ apontam que uma parcela significativa dos serviços de interrupção legal do aborto no Brasil presta uma quantidade mínima de atendimentos devido à invisibilidade do acesso. Sendo assim, as mulheres, mesmo tendo esse direito assegurado por lei, acabam não tendo o acesso garantido porque desconhecem a existência dessa política pública.

No que concerne à prática do aborto legal, identificou-se os seguintes núcleos de sentidos: ***favorável a realização***; ***favorável a realização do aborto legal com ressalvas***; e ***desfavorável a prática do aborto legal***.

O primeiro núcleo de sentido, ***favorável a realização***, predominou nas falas dos profissionais de todas as categorias entrevistadas, tendo duas ideias associadas.

A primeira, ***concordância de que o serviço seja oferecido devido à sensibilização e à compreensão do sofrimento vivido pela paciente***, demonstra o reconhecimento do sofrimento vivenciado pelas mulheres que necessitam realizar um aborto legal e evidencia a incorporação da humanização no atendimento preconizado pelas normas técnicas.

Conforme apontam Faúndes et al.¹⁷, o que ocorre é um aumento na compreensão (e aceitação) por parte dos profissionais de saúde de que existem certas situações em que não se justifica obrigar a mulher a realizar o aborto na clandestinidade, visando não só preservar sua saúde física, como também a psíquica.

A segunda ideia associada, ***o entendimento da prática como um direito da mulher e um dever do Estado***, aponta para uma postura mais democrática observada na fala de alguns profissionais entrevistados.

Essa ideia associada reconhece e relaciona o direito ao aborto legal, contido no Código Penal, ao direito das mulheres ao exercício da autonomia sexual e reprodutiva seguindo o que está preconizado pela Norma Técnica¹.

Muito embora, de acordo com a análise das entrevistas, a realização do procedimento de aborto legal seja considerada como uma situação desconfortável tanto para as mulheres quanto para a equipe de saúde envolvida em tal procedimento,

foi possível observar que todos os profissionais que se colocaram como sendo favoráveis à prática do aborto legal enfatizaram a defesa do exercício da cidadania das mulheres e a ampliação deste tipo de serviço, independentemente das concepções pessoais dos profissionais envolvidos.

Além disso, a análise também permitiu identificar que os profissionais de saúde consideraram a viabilização do acesso ao aborto legal como sendo uma responsabilidade do Estado, uma vez que é sua função estar equipando os serviços públicos de saúde, a fim de oferecer às mulheres os cuidados necessários de saúde.

Cavalcanti¹⁸, no entanto, alerta para o fato de que apesar de haver um recente crescimento no número de serviços de aborto legal em nível nacional, mesmo assim ainda é possível observar uma forte resistência de profissionais e gestores na implementação desses serviços, que dependem em grande parte do treinamento e da permanência dos integrantes das equipes para seu funcionamento.

O segundo núcleo de sentido, ***favorável a realização do aborto legal com ressalvas***, aparece associado à ***exigência da apresentação do boletim de ocorrência (BO) e de laudo médico***. Isso tem relação com o juízo de valor feito por alguns profissionais de saúde, que em suas atuações colocam em xeque a veracidade dos relatos das usuárias que procuram os serviços de aborto legal e acabam condicionando sua realização à apresentação de BO e de laudo médico.

Isto ocorre devido à desconfiança em relação à história contada pelas usuárias durante o atendimento, à insegurança e ao receio que os profissionais possuem em estar cometendo um crime ou contribuindo para tal. Entretanto, esse receio demonstra o desconhecimento dos profissionais com relação às legislações vigentes e às normas técnicas concernentes à prática do aborto legal.

Já o terceiro núcleo de sentido, ***desfavorável a prática do aborto legal***, está associado a duas ideias.

A primeira, ***incompatibilidade com a formação profissional***, retrata o dilema vivido pelos profissionais de saúde acerca da prática do aborto legal, pois, embora concordem que seus colegas de profissão realizem o aborto legal e reconheçam o direito das mulheres de acesso ao aborto legal, não se sentem confortáveis em realizá-lo devido à cultura da formação profissional.

Para Faúndes e Barzelatto¹⁹, isso ocorre porque os profissionais de saúde em geral, e os obstetras e ginecologistas em particular, frequentemente são ambivalentes a respeito do problema do aborto, pois têm que enfrentar valores profissionais e morais conflitantes.

Dentre os muitos fatores que podem contribuir para o permanente dilema sofrido por parte significativa dos profissionais de saúde, com relação à prática do aborto, destacam-se: o valor da vida, sua relação com a natureza de sua formação profissional e os avanços tecnológicos, que permitem aos profissionais visualizar o embrião-feto em formação.

O ato de salvar vidas se constitui em objetivo principal dos provedores dos serviços de saúde. Isso significa dizer que para aqueles que cuidam de uma mulher grávida, este objetivo inclui tanto cuidar da vida da futura mãe quanto do produto da concepção¹⁹.

Soma-se a isso, o fato dos adventos da vida moderna terem contribuído para dar mais visibilidade ao embrião através da tecnologia ultrassonográfica, uma vez que esse avanço tecnológico contribuiu para mudar o valor subjetivo atribuído ao embrião. Essa mudança alterou a maneira tanto da mulher, como do médico e da sociedade, de ver o feto.

Nesse sentido, o conceito abstrato de interrupção da gravidez, que era visto como apenas uma mudança no corpo das mulheres, foi substituído por um conceito mais concreto, ou seja, o da retirada de um embrião que agora pode ser visto.

Já a segunda ideia associada, ***motivos religiosos***, está relacionada ao fato de alguns profissionais fazerem uso da objeção de consciência, permitida pelo código de ética, para justificar os motivos religiosos que repudiam o aborto legal.

A presença do discurso religioso, observado na fala de alguns profissionais de saúde, ainda que muitas vezes confundido com o direito à objeção de consciência, demonstra que diante de uma cultura impregnada por uma religião de salvação, algumas normas estabelecidas passam a ser consideradas como violação da vontade divina. A isso Porto²⁰ denominou de ***habitus religioso***, que faz com que a ideia de pecado ainda atravesse a consciência de muitos profissionais de saúde.

A Igreja, ao defender que as mulheres devam levar a gestação adiante nos casos de estupro e anencefalia, age de forma arbitrária, pois desconsidera os sofrimentos envolvidos neste tipo de gestação, como se a gravidez fosse algo desprovido de significados, afetos e consequências para a vida delas¹¹.

Essa postura de criminalização do aborto é rechaçada pelas normas técnicas^{1,2}, pois estas ressaltam que as mulheres que passam por situações de abortamento têm a necessidade de serem

tratadas com respeito, gentileza e compaixão durante todo o processo antes e pós-aborto. Explicam que os profissionais de saúde devem usar uma abordagem sensível, que inclua evitar julgamentos, estar consciente das necessidades e preocupações da mulher, manter-se aberto para falar sobre a gravidez, aborto inseguro e saúde reprodutiva, informar as mulheres sobre os procedimentos que serão realizados e oferecer a elas contracepção para evitar outra gravidez indesejada.

Considerações finais

Esta pesquisa teve como limites: a impossibilidade de generalização; o fato das entrevistas terem ocorrido no espaço institucional; e a possibilidade das respostas dadas pelos sujeitos entrevistados ter sido influenciada pelas expectativas da entrevistadora.

A fragilidade na formação profissional para atuar junto às mulheres em situação de aborto legal, decorrente da limitada abordagem sobre esse tema durante a graduação das profissões de saúde, agravada pela dificuldade na participação

em cursos e capacitações e pela falta de treinamento do contexto dos serviços, contribui para a invisibilidade da demanda e para a assistência nem sempre adequada. A relativa qualificação dos profissionais de saúde, associada à experiência profissional, não se mostrou suficiente para ampliar a compreensão sobre o aborto legal.

As percepções identificadas evidenciam que, para os sujeitos entrevistados, um dos grandes obstáculos vivenciados tem sido entender em que medida as referências para o exercício profissional, constantes em seus códigos de ética, expressam conformidade com a realidade vivida pelas mulheres em situação de aborto legal, uma vez que incidem sobre esta prática inúmeras implicações sociais.

A partir dos resultados apresentados, podem ser feitas as seguintes recomendações: inclusão do tema na formação dos profissionais de saúde; ampliação de cursos e capacitações que abordem a temática do acesso ao aborto legal junto à equipe de saúde, com ênfase na viabilização dos direitos sexuais e reprodutivos das usuárias; estímulo ao desenvolvimento do monitoramento das ações preconizadas pelas normas técnicas^{1,2}.

Colaboradores

RS Farias participou no planejamento da pesquisa, na coleta e análise dos dados. LF Cavalcanti contribuiu no planejamento da pesquisa e na análise dos dados. O trabalho de revisão e redação do artigo foi desenvolvido de forma conjunta, com um frequente debate entre as autoras, considerando o conhecimento acumulado por cada uma.

Agradecimentos

Aos profissionais e gestores do HMFM pelo acesso às informações e pela disponibilidade em participar das entrevistas.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica*. Brasília: MS; 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Atenção humanizada ao Aborto: Norma Técnica*. Brasília: MS; 2005.
3. Diniz D, Córrea M. *Aborto e Saúde Pública - 20 anos de pesquisa no Brasil. Relatório Preliminar*. Brasília: MS; 2008.
4. Galli B. *Violência sexual, gravidez indesejada e acesso ao aborto legal*: uma abordagem de direitos humanos e igualdade de gênero. Rio de Janeiro: Ipas Brasil; 2005. [acessado 2008 maio 09]. Disponível em: http://www.ipas.org.br/arquivos/caso_out2005.doc
5. World Health Organization (WHO). *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002.
6. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(2):27-34.
7. Soares G. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cad Saude Publica* 2003; 19(2):399-406.
8. D'Oliveira AF, Schraiber LB. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 337-355.
9. Adesse L, Almeida LCR. Utilizando princípios de direitos humanos para promover qualidade nos serviços de aborto no Brasil. *Revista questões de saúde reprodutiva* 2006; 1(1):114-117.
10. Talib RA, Citeli MT. *Serviços de Aborto Legal em Hospitais Públicos Brasileiros (1989-2004) Dossiê*. Cadernos nº13. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir; 2005.
11. Leocádio EMA. *Aborto pós-estupro*: uma trama (des)conhecida entre o direito e a política de assistência à saúde da mulher [dissertação]. Distrito Federal: Universidade Federal de Brasília; 2006.
12. Souza ER, Minayo MCS, Deslandes SF, Veiga JPC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos*: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 133-155.
13. Sessions G. *Avaliação em HIV/AIDS*: uma perspectiva internacional. Rio de Janeiro: ABIA; 2001. (Coleção Fundamentos de Avaliação, nº 2)
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; 1996.
15. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Deslandes SF, Neto CO, Gomes R, Minayo MCS, organizadores. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 67-80.
16. Cavalcanti LF. *Ações da assistência pré-natal voltadas para a prevenção da violência sexual*: representações e práticas dos profissionais de saúde [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
17. Faúndes A, Simoneti RM, Duarte GA, Andalaft-Neto J. Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about the Brazilian legislation on abortion. *Rev. bras. epidemiol.* 2007; 10(1):6-18.
18. Cavalcanti LF. *Projeto de Pesquisa Avaliação dos núcleos de atenção às mulheres em situação de violência sexual nas maternidades municipais do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos e Ações em Saúde Reprodutiva e Trabalho Feminino da Escola de Serviço Social da UFRJ; 2008.
19. Faúndes A, Barzelatto J. *O drama do aborto em busca de um consenso*. São Paulo: Komedi; 2004.
20. Porto RM. Objeção de consciência, aborto e religiosidade: práticas e comportamentos dos profissionais de saúde em Lisboa. *Estudos Feministas* 2008; 16(2):661-666.

Artigo apresentado em 30/11/2011

Aprovado em 02/02/2012

Versão final apresentada em 16/02/2012