

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PROGRAMA ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL**

NIRELLE RODRIGUES MARINHO

**ABORTO LEGAL EM DECORRÊNCIA DE ESTUPRO: uma
experiência no Instituto Fernandes Figueira (IFF/ FIOCRUZ)**



**Rio de Janeiro
2023**

NIRELLE RODRIGUES MARINHO

**ABORTO LEGAL EM DECORRÊNCIA DE ESTUPRO: uma
experiência no Instituto Fernandes Figueira (IFF/ FIOCRUZ)**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Política Social.

Área de Concentração: Sujeitos Sociais e Proteção Social

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Santos Freitas

Rio de Janeiro
2023

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

M337a Marinho, Nirelle Rodrigues
ABORTO LEGAL EM DECORRÊNCIA DE ESTUPRO: : uma experiência
no Instituto Fernandes Figueira (IFF/ FIOCRUZ) / Nirelle
Rodrigues Marinho. - 2023.
104 f.

Orientador: Rita de Cássia Santos Freitas.
Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense,
Escola de Serviço Social, Niterói, 2023.

1. Aborto legal. 2. Produção intelectual. I. Freitas, Rita
de Cássia Santos, orientador. II. Universidade Federal
Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD - XXX

Banca do Exame de Qualificação

Orientadora Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Santos Freitas
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof^a. Dr^a. Aline de Carvalho Martins
Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz)

Prof^a. Dr^a. Nivia Valença Barros
Universidade Federal Fluminense (UFF)

**Rio de Janeiro
2023**

Não sou livre enquanto qualquer outra mulher for prisioneira, ainda que as amarras dela sejam diferentes das minhas. E não sou livre enquanto uma pessoa de cor permanecer acorrentada. Nem é livre nenhuma de vocês. (AUDRE LORDE)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que acreditaram em mim e contribuíram para elaboração deste trabalho. Foram muitos momentos percorridos até aqui, medos, ansiedades e saudades. Sem dúvida o mestrado foi a etapa mais desafiadora minha vida, e ter chegado até aqui é um grande motivo para celebrar.

Primeiramente gostaria de agradecer à minha família, por terem acreditado em mim, terem compreendido a minha ausência durante esse período e terem sempre me apoiado.

À minha mãe por ter sido responsável por tudo que percorri até aqui, meu maior espelho, mulher de garra, que nunca mediu esforços para me ver feliz e é a minha maior incentivadora. Nada que eu faça poderá retribuir tudo que você fez e faz por mim, amo você!

À minha irmã Nicolle, minha dupla e parceira de vida, mesmo longe sempre presente. Minha tia Neusa, meu xodó, aquela que só de escutar a voz, com carinho que só ela sabe me receber, já faz a diferença em meu dia. Eu amo vocês!

Ao meu amor, meu companheiro, Fernando, por toda paciência no dia a dia e apoio. Obrigada por todo tempo dedicado a mim na realização desta dissertação. Te amo!

Ao meu filho canino, Flash, que chegou mudando minha vida, tirando-me da zona de conforto e dando-me muito amor e lambeijos nas horas em que eu mais precisava.

Aos meus amigos e amigas, agradeço pelos incentivos, vibrações e torcidas pelo meu sucesso. Em especial minhas amigas Allamanda, Aline Santos, Bárbara, Bianca, Gessica, Juliana e Thalissa que vivenciaram de perto esse momento e contribuíram para que eu chegasse até aqui!

Aos amigos que o mestrado me proporcionou, Douglas, Hilton e Paola, obrigada pelas trocas e parcerias em construções acadêmicas, vocês ajudaram a tornar esse momento menos doloroso.

Agradeço a minha querida orientadora Rita Freitas pela atenção e paciência durante o intenso período de construção deste trabalho.

Aos profissionais de saúde do IFF/Fiocruz que aceitaram meu convite de

participar das entrevistas, disponibilizando seu tempo e possibilitando a construção da presente dissertação, obrigada por todas as contribuições.

À equipe do Serviço Social do Instituto, que estão comigo diariamente e são fundamentais para meu crescimento profissional. Tenho orgulho de fazer parte desta equipe!

E por fim, mas sem menos importância, à minha banca examinadora Aline Martins e Nivia Barros, por aceitarem o convite e compartilharem seus conhecimentos para a construção deste trabalho.

RESUMO

Desde o Código Penal de 1940 (Decreto-lei nº 2.848 de 7 de dezembro) a interrupção da gravidez, em decorrência de estupro, é permitida nos serviços públicos de saúde. Sendo assim, este trabalho visa compreender e analisar como vêm ocorrendo os atendimentos às mulheres que chegam a uma Instituição Pública de Saúde para interrupção da gravidez em decorrência do estupro, a partir do olhar dos profissionais que as atendem. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de natureza qualitativa. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais da equipe multiprofissional (assistente social, enfermeiro, psicólogo, médicos obstetra e anestesista) da Área de Atenção Clínico-cirúrgica à Gestante do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Tem-se como objetivo identificar como esses profissionais vivenciam e interagem com a temática em questão, além de conhecer o fluxo de atendimento às mulheres que chegam na unidade de serviço. Os dados foram sistematizados, a partir da análise de conteúdo na modalidade temática, e foram elencados 3 núcleos temáticos: a) a percepção dos profissionais quanto aos atendimentos às mulheres que sofreram estupro; b) os entraves para realizar o aborto legal: entre o desejo da mulher e a viabilidade fetal; e c) os fluxos de atendimento às mulheres que sofreram estupro. Acredita-se na importância do estudo, pois é no cotidiano de trabalho que as contradições das políticas sociais aparecem, e essas poderão ser refletidas a fim de fortalecer e melhorar o atendimento às mulheres que chegam ao Instituto.

Palavras-chave: Aborto legal; Violência Sexual; Estupro.

ABSTRACT

Since the Penal Code of 1940 (Decree-Law No. 2,848 of December 7) interruption of pregnancy in case of rape is allowed in public health services. Therefore, this work aims to understand and analyze how assistance to women who come to a Public Health Institution for termination of pregnancy in the case of rape occurs, from the perspective of professionals who assist them. This is an exploratory, descriptive, qualitative research. To this end, semi-structured interviews were conducted with professionals from the multidisciplinary team (social worker, nurse, psychologist, obstetrician, and anesthesiologist) from the Clinical-Surgical Care Area for Pregnant Women at Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Our goal is to identify how these professionals experience and interact with the theme in question, in addition to knowing the flow of assistance to women who come to the service unit. The data were systematized, based on content analysis in the thematic modality, and 3 thematic cores were listed: a) the professionals' perception regarding the care provided to women who suffered rape; b) obstacles to performing a legal abortion: between the woman's desire and fetal viability; and c) care flows for women who have suffered rape. We believe in the importance of this study as it is in the daily work that the contradictions of social policies appear, and these reflect to strengthen and improve the service to women who come to Instituto Fernandes Figueira.

Keywords: Legal abortion; Sexual Violence; Rape.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BO	Boletim de ocorrência
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CIPD	Conferências de População e Desenvolvimento do Cairo
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IML	Instituto Médico Legal
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
SUS	Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
OMS	Organização Mundial de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
STF	Supremo Tribunal Federal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – Estupro e criminalização do aborto como violência de gênero: entre os direitos e dilemas para a garantia do aborto legal em casos de estupro	16
1.1 – Estupro e criminalização do aborto como violência de gênero.....	19
1.2 – Nosso corpo nos pertence: o movimento feminista na luta pela garantia dos direitos das mulheres.....	29
1.3 – A trajetória histórica do aborto na legislação	37
1.4 – O aborto hoje: entre os direitos e os dilemas	42
CAPÍTULO II – Aborto Legal em decorrência de estupro: uma experiência no IFF/Fiocruz	52
2.1 – Metodologia	52
2.2 – Resultado e discussão	55
2.2.1 – O campo da pesquisa e sua caracterização.....	55
2.2.2 – Caracterização dos participantes	57
2.3 – A percepção dos profissionais quanto aos atendimentos às mulheres que sofreram estupro	59
2.4 – Fluxo de atendimento no IFF: limites e possibilidades	63
2.5 – Entraves para realizar o aborto legal: entre o desejo da mulher e a viabilidade fetal.....	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
APÊNDICES.....	92
Apêndice I – Pesquisa realizada na biblioteca virtual de Saúde	92
Apêndice II – Roteiro para entrevista	101
Apêndice III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	102

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto de reflexões e inquietações, a partir da minha inserção profissional enquanto Assistente Social na Área de Atenção Clínico-cirúrgica à Gestante do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ).

No Brasil, o aborto¹ é tipificado como crime contra a vida pelo Código Penal de 1940, porém existem três casos em que ele é permitido por Lei: 1) diante de riscos à vida da gestante; 2) em situações de estupro (os dois previstos no Código Penal de 1940) e 3) em gravidez de feto anencéfalo ou anomalia fetal que comprometam a vida extrauterina do feto, desde 2012². Essas são importantes conquistas dos movimentos feministas e das organizações protagonizadas por mulheres.

No IFF o serviço de interrupção de gravidez é realizado em duas situações: 1) em situações de estupro e 2) em gravidez de feto anencéfalo ou anomalia fetal que comprometam a vida extrauterina do feto. Essa restrição ocorre, devido ao perfil do Instituto, o qual é uma instituição de alta complexidade que atende mulheres, crianças e adolescentes, com alta estrutura de cuidados hospitalares, ambulatoriais, rotinas de hospital-dia e atenção domiciliar para atendimento às crianças e aos adolescentes. No que se refere às mulheres, oferece serviço de ginecologia, pré-natal e obstetrícia; no entanto, a instituição não dispõe de estrutura para situação de alto risco da mulher, e frente a este perfil institucional não é possível realizar a interrupção em situação de risco à vida da gestante.

Entretanto, apesar da previsão da realização de aborto, são observados alguns entraves no cotidiano de trabalho para garantir o direito de interrupção de gravidez previsto em lei, principalmente quando decorrente de estupro.

Observa-se nos atendimentos a essas mulheres relatos que enfatizam o percurso de acesso a outros serviços socioassistenciais, sem êxito, até

¹ Entende-se que o abortamento consiste em interrupção voluntária ou provocada de uma gravidez, sendo o próprio feto expelido ou retirado antes do tempo normal, o qual denomina-se aborto. Todavia, utilizou-se neste trabalho o conceito de aborto como o processo de interrupção de gestação, ou seja, como sinônimo de abortamento.

²Autorizado em 2012, pelo Supremo Tribunal Federal (STF), através da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 147.

chegarem às Unidades de Saúde que realizam a interrupção de gravidez. Isso revela o desconhecimento de muitos profissionais que atuam nas diferentes políticas sociais sobre o direito ao aborto legal em casos de estupro.

Cabe ressaltar que as mulheres são historicamente mais vulneráveis a situações de violência sexual, devido às desigualdades nas relações de gênero e aos valores patriarcais desta sociedade; e entre as manifestações deste tipo de violência está o estupro (SOUTO et al, 2017). Ele consiste em qualquer ato de forçar, ou obrigar alguém, por meio de violência ou de ameaças, a perpetrar o ato sexual contra sua própria vontade (ESTUPRO, 2022).

Com intuito de realizar a análise sobre as relações patriarcais de gênero, utilizou-se como referência teórico-conceitual Federici (2017); Saffioti (2001 e 2011) e Scott (1989), entre outras. Apesar destas autoras fundamentarem as suas reflexões por matizes diferenciadas, elas não são divergentes, e possuem consenso na defesa de que a opressão de gênero é anterior a sociedade capitalista, porém esta é a peça fundamental para que as relações de violência e de misoginia contra as mulheres se intensifiquem e potencializem, podendo resultar inclusive na violência de gênero.

De acordo com Krenzinger et al (2021), os papéis impostos aos homens e às mulheres ao longo da história, reforçado pelo patriarcado e por sua ideologia, provocam relações violentas entre os gêneros. Ou seja, nesta sociedade as mulheres são vistas como seres mais frágeis, responsáveis pelos cuidados com os filhos e atividades domésticas, enquanto os homens são vistos como sujeitos mais fortes e valentes, provedores da família. Isso põe em evidência a desigualdade de gênero historicamente vivida no Brasil, país colonizado, com forte influência da cultura europeia, católica, patriarcal, hierárquica e capitalista (GIUGLIANI et al, 2021). Assim como discorrido ao longo deste estudo.

Gênero, de forma geral, são as expectativas que a sociedade tem de que uma pessoa se comporte de uma determinada maneira, em função do seu sexo de nascimento, e que traz em si relações de poder diferenciado entre homens e mulheres (SCOTT, 1989). Já no patriarcado os homens têm o poder de determinar a conduta das categorias sociais nomeadas, com autorização, ou ao menos, tolerância da sociedade para punir o que eles identificam como desvio, sendo o mesmo imposto (SAFFIOTI, 2001).

Vale ressaltar, em acordo com Saffioti (2011), que o direito patriarcal perpassa não somente a sociedade civil, como o Estado. Todavia há o predomínio de atividades privadas ou íntimas na esfera da família e a prevalência de atividades públicas no espaço do trabalho, do Estado e do lazer coletivo.

Segundo Freitas e Valença (2018), a partir de Judith Butler, deve-se considerar a perspectiva relacional que caracteriza os estudos de gênero, os quais não se restringem a mulher. Contudo, neste estudo utilizou-se o conceito de gênero voltado às violências contra as mulheres.

Essas violências são provenientes de uma relação abusiva de poder praticada por homens, assim como por mulheres, ainda que de maneira desigual (Krenzinger et al, 2021). Elas são reconhecidas como uma grave violação dos direitos humanos e uma questão de saúde pública, pois, por vezes, afeta a saúde individual e coletiva dessas mulheres, podendo exigir prevenção, tratamento, formulação de políticas específicas e a organização de práticas e serviços peculiares ao setor saúde (MINAYO, 2005).

Segundo Saffioti (2001), a ordem patriarcal de gênero não opera sozinha, ela estabelece o caldo de cultura que tem lugar a violência de gênero, que se apresenta de vários tipos como física, psicológica, moral, patrimonial e sexual e pode ocorrer em vários espaços, no privado ou no público, como será abordado no próximo capítulo.

Em relação à violência sexual, ela consiste em qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada. Entre as manifestações está o estupro.

Cabe salientar que quando essa violência resulta em gravidez, a problemática torna-se mais complexa, pois, ainda que preconizado pelo Código Penal de 1940 o direito ao aborto em caso de estupro, bastando a palavra da mulher ou a do seu representante legal, na prática, nem sempre ele é exercido. Para Madeiro e Diniz (2016), Giugliani et al. (2021), Mudjalieb (2020) e Farias e Cavalcanti (2012), Marinho (2022) muitas mulheres enfrentam diversas dificuldades para garanti-lo.

Entre elas estão os julgamentos morais advindos de percepções individuais que se dizem contra o aborto, inclusive de profissionais de instituições que realizam esses procedimentos, e o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o direito disposto em lei. Esses percalços e negações do direito

podem fazer com que essas mulheres vivam uma segunda violência, tendo assim uma violação dos direitos humanos.

A presente temática traz muitas vertentes, várias discussões políticas, religiosas, sociais, e também controvérsias, que fazem com que seja necessário abordá-la; o que evidencia a relevância do trabalho proposto; que se trata de uma pesquisa exploratória, descritiva, de natureza qualitativa, em que num primeiro momento foi realizada uma pesquisa bibliográfica e análise dos documentos como leis, Portarias e resoluções sobre a temática. No segundo momento ocorreu a pesquisa de campo, por meio de entrevistas semiestruturadas com os profissionais da equipe multiprofissional (assistente social, enfermeiro, psicólogo, médicos obstetra e anestesista) da Área de Atenção Clínico-cirúrgica à Gestante do IFF que atendem as mulheres que chegam para realizarem a interrupção de gravidez em decorrência de estupro. Por último, os dados foram sistematizados, a partir da análise de conteúdo na modalidade temática. Dessa maneira, o estudo foi dividido em dois capítulos:

O **primeiro capítulo** intitula-se “Estupro e criminalização do aborto como violência de gênero: entre os direitos e os dilemas para a garantia do aborto legal em casos de estupro”. No primeiro item, abordou-se o conceito e os tipos de violência contra a mulher, com ênfase no estupro. No segundo item, apresentou-se a importância dos movimentos feministas para a conquista dos direitos das mulheres, sobretudo dos direitos sexuais e reprodutivos. No terceiro item, realizou-se uma retrospectiva histórica do aborto na legislação brasileira. E no último item, discorreu-se sobre o o aborto no contexto atual.

No **segundo capítulo**, intitulado: “Aborto legal em decorrência do estupro: uma experiência no IFF/ Fiocruz”, em primeiro momento, abordou-se o perfil do IFF/ Fiocruz, seus objetivos e sua missão. Em um segundo momento apresentou-se o percurso metodológico da pesquisa, caracterizou-se o campo onde ela foi realizada, os participantes e discutiu-se os dados das entrevistas semi-estruturadas, a partir da análise de conteúdo na modalidade temática.

Por fim, nas **considerações finais**, apontam-se propostas para superar os desafios nos atendimentos às mulheres que chegam aos serviços de saúde para interromper a gestação decorrente do estupro e propostas para a disseminação da temática em outras políticas públicas.

CAPÍTULO I – ESTUPRO E CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO: ENTRE OS DIREITOS E OS DILEMAS PARA A GARANTIA DO ABORTO LEGAL EM CASOS DE ESTUPRO

Este capítulo aborda as violências contra as mulheres, com ênfase em um dos tipos de violência sexual, o estupro. Ademais, apresenta e analisa seus direitos legislativos quando esta violência resulta em gestação e o impacto dos movimentos feministas nestas conquistas.

Inicialmente, é importante ressaltar que foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual de Saúde, no dia 16 de setembro de 2022, a fim de conhecer os estudos sobre a temática e depararam-se com poucas produções sobre a temática. No primeiro momento, usando o descritor “Aborto Legal”, foram encontrados 3276 (Três mil duzentos e setenta e seis) artigos. Logo após, utilizando o descritor “Aborto Legal” e “Violência Sexual” foram encontrados 94 (Noventa e quatro) artigos. E, por fim, com o objetivo de refinar a pesquisa, utilizando os descritores “Aborto legal” e “Estupro” foram encontrados 84 (Oitenta e quatro) trabalhos completos, filtrando esses artigos para a partir de 2005³ até o ano de 2022, totalizaram 78 (Setenta e oito) artigos.

Desse quantitativo, foram excluídos 56 (Cinquenta e seis) que eram estudos estrangeiros e abordavam experiências de outros países; 1 (Um) estudo que era norma técnica; 2 (Dois) artigos que estavam duplicados, 2 (Dois) artigos que abordavam o aborto em casos de anencefalia e 5 (Cinco) que fugiam do objetivo deste trabalho; restando assim 12 (Doze) artigos (Apêndice 1).

Apesar de terem sido encontrados esses estudos com os descritores utilizados, ainda são poucas as produções que abordam a temática. A maior parte dos estudos é formada por pesquisas realizadas com as mulheres que recorreram aos serviços de saúde para realizarem o aborto legal por terem sofrido estupro, a fim de conhecer a percepção delas sobre o ocorrido e o atendimento a que foram submetidas. Percebeu-se a existência de vários obstáculos da chegada ao serviço de saúde até a realização do aborto legal, dentre eles: o desconhecimento de muitas mulheres sobre o direito à interrupção

³Realizou-se o recorte no ano de 2005, visto ser o ano da reedição norma técnico de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, a qual normatizava e estimulava os serviços de saúde para atender interrupção de gravidez em caso de estupro e a partir desta reedição tem um grande avanço, pois o BO deixou de ser necessário para realizar o aborto legal.

legal da gestação e os sentimentos de vergonha devido à violência sexual, o que fez com que mantivessem segredo e não procurassem atendimento de imediato.

Destes artigos, dois foram com profissionais que realizam atendimento a essas mulheres, um (GARBINI et al, 2021) teve o objetivo de determinar o perfil ético profissional dos obstetras do serviço de aborto legal, e por isso teve como sujeito da pesquisa apenas os (as) obstetras. O outro (DINIZ et al, 2014) teve o objeto bem próximo deste trabalho, nele foram entrevistados profissionais de diferentes categorias em cinco serviços de referência para aborto legal, um de cada região do país, para compreender os procedimentos e as práticas aos quais a mulher é submetida para ter acesso ao aborto legal.

Entre os achados nesses estudos destacou-se o desconhecimento pelos profissionais do direito ao aborto legal em casos de estupro; os apontamentos por profissionais de não se sentirem confortáveis em realizar o serviço; a submissão das mulheres a perícias de inquéritos no serviço; etc.

Os estudos encontrados variam quanto à natureza, todavia a maior parte era qualitativa. As técnicas usadas eram variadas, tais como: entrevistas, relato de experiência, aplicação de questionários, pesquisa em bancos de dados, pesquisa documental, estudo observacional-transversal, entre outras.

A violência é uma forma histórica de relacionamento das sociedades variando em expressões e explicações (SANCHEZ e MINAYO, 2006). Por isso é uma ocorrência histórica que perpassa diferentes cenários mundiais, como: o extermínio dos indígenas; a escravização dos negros; ditaduras políticas; o comportamento patriarcal e machista que perpetua uma heteronormatividade⁴ compulsória; processos de discriminação; racismo; opressão; homofobia; exploração do trabalho; entre outros.

Etimologicamente, a palavra “violência” vem do latim *vis*, que significa força. Chauí (2018) destaca cinco sentidos para a palavra violência e força:

1. Tudo o que age usando a força para ir contra a natureza de algum ser (é desnaturar);
2. Todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém (é coagir, constranger, torturar, brutalizar);
3. Todo ato de violação da natureza de alguém ou de alguma coisa valorizada positivamente por uma sociedade (é violar);
4. Todo ato de transgressões contra aquelas coisas e ações que alguém ou uma sociedade definem como justas e como um direito (é espoliar ou a injustiça deliberada);
5. Consequentemente, violência é um ato

⁴A heteronormatividade que marca essa sociedade tem como representação o sujeito homem, branco, ocidental e jovem. Pode ter como consequência a homofobia, a misoginia, e as formas de violência contra mulheres (FREITAS E BARROS, 2018).

de brutalidade sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão e pela intimidação; pelo medo e pelo horror (p. 35).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “a violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio ou contra outra pessoa, grupo ou comunidade, resultando ou que tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2010, p.8).

Conforme exposto por Chauí (1985), a violência, enquanto relações de forças, consiste em uma relação hierárquica de desigualdade, com fins de dominação, de exploração e de opressão em que o ser humano não é tratado como sujeito, mas como objeto.

As formas de violências são inúmeras, no entanto, o escopo aqui é a violência contra as mulheres, que pode ocorrer de diversas formas, tais como: violência doméstica, violência familiar, violência no trabalho, entre outras. No âmbito do espaço da saúde, pode-se destacar a violência obstétrica⁵; a violência institucional; entre outras. Todas elas têm impacto na saúde das mulheres, podendo ocorrer em espaços públicos ou privados, manifestados em diversos tipos como: física, psicológica, moral, patrimonial e sexual. Elas são reconhecidas como violência de gênero, e podem abranger as mulheres, os homens e especialmente a população LGBTQIA+⁶. Todavia, neste estudo utilizou-se o conceito de gênero voltado às violências contra as mulheres, restringindo-se a violência sexual, sobretudo o estupro.

⁵Violência obstétrica consiste em atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, cometidos por profissionais de saúde, tais como: negligência, violência verbal (grosserias, ameaças e humilhações intencionais), violência física (incluindo a não utilização de analgesia quando necessário e a realização de cirurgias desnecessárias e indesejadas) contra gestantes e parturientes (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

⁶Acrônimo para lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexo, assexual e com um sinal “+” para reconhecer as orientações sexuais ilimitadas e identidades de gênero que não se encaixam no padrão cis-heteronormativo, nem aparecem em destaque antes do símbolo (COSTA, 2022).

1.1 - Estupro e criminalização do aborto como violência de gênero

A violência contra a mulher, de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e com a OMS, diz respeito a "qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada". Essa definição também está presente na Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, sendo atualmente a principal ferramenta legal de enfrentamento à violência de gênero no Brasil.

A lei apresenta 5 (cinco) tipos de violências domésticas e familiares contra a mulher, sendo elas: 1) física, que diz respeito a qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher, com o uso de força física por parte do agressor; 2) psicológica, sendo qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação; 3) patrimonial, que é caracterizada por qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades; 4) moral, que consiste em qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria contra a mulher; 5) sexual, baseada em qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

A Lei Maria da Penha estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar e prevê atendimentos multidisciplinares e articulados entre as diferentes políticas sociais como: poder judiciário, saúde, assistência social, habitação, entre outros, o que representa uma inovação de grande importância para que essas mulheres não sofram novas vitimizações nos diferentes serviços que percorrerem.

Em relação à violência sexual, ela consiste em:

Qualquer ato sexual, tentativas de obter um ato sexual, comentários ou insinuações sexuais não desejados, atos do tráfico ou dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, por qualquer pessoa, independente de sua relação com a vítima, em qualquer contexto, porém não limitado à penetração da vulva ou ânus com o pênis, outra parte do corpo ou objeto. (OMS, 2010:11).

As pessoas em situação de violência sexual estão expostas a diversos riscos como: traumas físicos e ginecológicos, gravidez, distúrbios psicológicos e ainda à possibilidade de adquirir infecções sexualmente transmissíveis (IST). As violências sexuais contra as mulheres, segundo dados do EVISU⁷, podem acarretar em diversas repercussões e impactos sociais em suas vidas, tais como: abandono dos estudos, aborto inseguro, uso abusivo de álcool e outras drogas, doenças relacionadas à saúde mental (ansiedade, depressão, entre outras).

Diz Souto et al (2017), que as mulheres estão mais suscetíveis a vivenciarem situações de violência sexual devido às desigualdades nas relações de gênero e aos valores patriarcais da sociedade, por isso esse tipo de violência é considerado uma violência de gênero, no qual essas meninas e mulheres “são vítimas de atos nocivos à sua integralidade física e mental, apenas pelo fato de pertencerem ao sexo feminino. Isso provoca a falsa ideia de inferioridade, que tem como parâmetro a concepção de mundo sob a ótica masculina de superioridade” (GUIMARÃES, 2006).

Segundo Giugliani et al (2021), os comportamentos de agressividade e de abuso passam a serem aceitos com a justificativa da defesa da honra masculina,

⁷O aplicativo EVISU é produto da pesquisa “Análise dos serviços de saúde na atenção as mulheres em situação de violência: estudo comparativo em duas capitais brasileiras (Rio de Janeiro / Fortaleza). Através da parceria entre Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal de Fortaleza e FUNCAP (Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Tendo como objetivo fornecer informações sobre o enfrentamento à violência contra a mulher, contribuindo para a formação e qualificação profissional, bem como a visibilidade do tema.

entendida em uma relação hierárquica de gênero, raça/ cor e status social.

Conforme exposto por Saffioti (2001):

A ordem das bicadas na sociedade humana é muito complexa, uma vez que resulta de três hierarquias/ contradições — de gênero, de etnia e de classe. O importante a reter consiste no fato de o patriarca, exatamente por ser todo poderoso, contar com numerosos asseclas para a implementação e a defesa diuturna da ordem de gênero garantidora de seus privilégios (p.1).

Nesse sentido, as mulheres negras estão ainda mais vulneráveis a sofrerem violências, devido ao sexismo e ao racismo. O sexismo consiste em relações de assimetria oriundas da hierarquização, devido às diferenças sexuais (CARDOSO, 2014). Ao passo que o racismo é a crença de que existem raças e elas são hierarquizadas, ou seja, são naturalmente inferiores ou superiores, tendo a relação fundada na ideologia de dominação (CFESS, 2016; LORDE, 2019; IANNI, 2004).

o racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam (ALMEIDA, 2018:25).

Almeida (2018) afirma que o racismo é consequência da própria estrutura social, ou seja, ele é estrutural. Para Ianni, a “raça não é uma condição biológica, mas uma condição social e cultural, criada, reiterada e desenvolvida na trama das relações sociais, envolvendo jogos de forças sociais e progressos de dominação e apropriação” (IANNI, 2004: 23).

No entanto, a articulação entre racismo e sexismo produz efeitos violentos, em particular na mulher negra (GONZALES, 1984). A autora ressalta que o lugar da mulher na sociedade brasileira está situado a partir das dimensões de raça e sexo, tendo em vista que o racismo constitui a sintomática que caracteriza a neurose cultural brasileira, e a “articulação com o sexismo produz efeitos violentos sobre a mulher negra em particular” (p.224).

Esses estudos demonstram que a violência sexual evoca a interseccionalidade, que significa a “associação de sistemas múltiplos de subordinação” (CRENSHAW, 2002). Trata-se como a “forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam

desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras” (2002, p.177). É essa análise que permite que se possa pensar os efeitos diferenciais opressivos e produtores de desigualdade que se refletem em diferentes direções.

Collins (2015) aponta que é preciso ter cuidado para não confundir a “questão da primazia de um tipo de opressão na vida das pessoas com uma postura teórica que propõe a natureza imbricada das opressões” (COLLINS, 2015:18). Ainda:

Esse reconhecimento de que uma categoria pode ter primazia sobre outras por determinado tempo e lugar não minimiza a importância teórica de supor que raça, classe e gênero são categorias de análise que estruturam todas as relações. (COLLINS, 2015:19)

Segundo Góes (2018), as mulheres são o alvo para o controle e a regulação dos corpos, tanto nos aspectos biológicos da reprodução, como por relações desiguais de gênero e do patriarcalismo, e isto se torna ainda mais alarmante no caso das mulheres negras, tendo em vista que elas sofrem o impacto do racismo, o qual é um determinante e estruturante em suas vidas.

Isto reflete o processo de colonização que o país sofreu, tendo em vista que, de acordo com Ortegá (2018), o Brasil e a maioria dos países da América Latina foram fundados como Estado-nação a partir da colonização dos países europeus, principalmente Portugal, e tinha como principal força de trabalho as pessoas advindas do continente africano. Ainda:

as relações entre europeus, indígenas e africanos foram marcadas por distinções de cunho racial. Ora por argumentos espirituais, ora por argumentos biológicos e médicos, e até mesmo pelo senso comum senhorial, negros e indígenas eram classificados e reclassificados ao olhar do europeu de forma racializada, isto é, de forma a estabelecer distinções entre esses três grandes grupos, não apenas com um sentido de hierarquização, mas de definição do que era ou não considerado humano. (ORTEGAL, 2018:417).

Para Gonzales:

afirmação de que somos todos iguais perante a lei assume um caráter nitidamente formalista em nossas sociedades. O racismo latino-americano é suficientemente sofisticado para manter negros e indígenas na condição de segmentos subordinados no interior das classes mais exploradas, graças a sua forma ideológica mais eficaz: a ideologia do branqueamento, tão bem analisada por cientistas brasileiros. Transmitida pelos meios de comunicação de massa e pelos sistemas ideológicos tradicionais, ela reproduz e perpetua a crença de

que as classificações e os valores da cultura ocidental branca são os únicos verdadeiros e universais. Uma vez estabelecido, o mito da superioridade branca comprova a sua eficácia e os efeitos de desintegração violenta, de fragmentação da identidade étnica por ele produzidos, o desejo de embranquecer(de “limpar o sangue” como se diz no Brasil), é internalizado com a conseqüente negação da própria raça e da própria cultura. (GONZALES, 2011:15).

Em relação ao gênero, segundo Saffioti (2011), é uma categoria histórica e seu conceito não se resume a uma categoria de análise. Gênero é visto como um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, além de uma forma primeira de significar relações de poder (SCOTT, 1989).

Cabe salientar que a desigualdade imposta pelo gênero se expressa de várias maneiras, entre elas está a violência de gênero contra as mulheres, que, de acordo com Saffioti (2011), é uma categoria mais central. A violência de gênero não se restringe à violência do homem contra a mulher, apesar de ser o vetor mais amplamente difundido desta violência, que tem a falocracia como caldo de cultura (SAFFIOTI, 2011). No entanto, ela também pode ser perpetuada por um homem contra outro, ou por uma mulher contra outra, assim como afirmado pela autora. E acrescento as violências contra a população LGBTQIA+.

Para compreender e legitimar a violência de gênero, a dimensão simbólica é fundamental, tendo em vista que ela favorece o exercício da exploração e da dominação (ALMEIDA, 2007, IN: KRENZINGER et. al., 2021). A violência simbólica é posta como algo natural, com “poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem” (BOURDIEU, 1989, p.7-8). Com isso, essa violência faz com que os sujeitos sociais não a identifiquem como tal, naturalizando os discursos dominantes e sua dominação. Conforme exposto por Saffioti (2001), a violência simbólica impregna corpo e alma das categorias sociais dominadas.

Parte-se da premissa que o modo de produção capitalista é fundamental para intensificar e aprofundar as relações de violência, de crenças machistas e misóginas contra as mulheres, resultando inclusive na reprodução de violências de gênero.

Ainda:

a naturalização de atos e comportamentos machistas, sexistas e misóginos, que estimulam agressões sexuais e outras formas de violência [configura a denominada de cultura do estupro].

Cultura do estupro é um termo usado para abordar as maneiras em que a sociedade culpa as vítimas de assédio sexual e normaliza o comportamento sexual violento dos homens. (ONU Brasil, 2016).

No que tange à violência sexual, como afirma Giugliani et al (2021), a gravidez se caracteriza como uma das situações mais danosas para a mulher, causando grande desorganização social e psíquica. E negligenciar o direito da mulher ao aborto legal, obrigando-a a manter uma gravidez decorrente de estupro, pode ser considerada uma segunda violência.

Vale ressaltar que o estupro, conforme preconizado pela OPAS e pela OMS, é compreendido como a penetração mediante coerção física ou de outra índole, da vulva ou ânus com um pênis, outra parte do corpo ou objeto. No entanto, a partir da Lei nº 12.015 de 7 de agosto de 2009, o estupro passa a ter uma nova descrição no Brasil, sendo designado como “uma violação que atinge não só o aspecto físico, mas a própria dignidade da pessoa humana”.

Sendo assim, ele é definido como o ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: pena – reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos”, ou seja, não se restringe à penetração sexual, conceito que era preconizado pelo Código Penal de 1940.

Ainda, o estupro consiste em “uma relação de poder, em que as mulheres devem assumir um estado de subalternização sem serem sujeitas dos próprios desejos ou donas dos direitos sobre o seu corpo” (GIUGLIANI et al, 2019:3).

Dessa forma, ele é uma violência de gênero, tendo em vista que as pessoas estupradas são majoritariamente do sexo feminino e em 99% dos casos foram cometidos por homens, o que os torna os principais agentes e sustentadores da cultura do estupro⁸, conforme aprofundado acima.

A partir dos dados apresentados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no ano de 2019 (último ano que foram publicados os dados), foram recebidas 30.604 (Trinta mil seiscentos e quatro) notificações de casos de estupro contra pessoas do sexo feminino no Brasil,

⁸Disponível em: < <https://yatahaze.medium.com/um-guia-da-cultura-do-estupro-para-homens-434ed2688ba>>. Acesso em: 27 de julho de 2022.

realizadas por meio da ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)⁹.

Segundo o *Dossiê Mulher de 2021*, do Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro, em 2020 ocorreram no Estado do Rio de Janeiro 4.746 (Quatro mil setessentos e quarenta e seis) casos de estupro, sendo 4.086 (Quatro mil e oitenta e seis) contra mulheres. Desse quantitativo, 2.754 (Dois mil setessentos e cinquenta e quatro) meninas foram vítimas de estupro de vulnerável¹⁰, o que “significa que por dia, em média, sete meninas e três mulheres foram vítimas de estupro de vulnerável e de estupro, respectivamente” (ISP, 2021). Ao analisar o perfil das pessoas em situação de estupro, somando-se as vítimas pardas e pretas de cada crime, é possível identificar um percentual elevado de vítimas negras (junção de pardas e pretas): 55% de estupro e 60% de estupro de vulnerável. Estes dados demonstram que, ainda que a violência seja estrutural e intrínseca na nossa sociedade, ela não atinge da mesma forma todas as mulheres, sendo as mulheres negras mais suscetíveis às situações de violências.

Os dados também mostram como as mulheres são vistas nesta sociedade, tendo em vista que, assim como apresentado por Emmerick (2008), são diversas as tentativas e as estratégias para domesticar a mulher, controlar o seu corpo e a sua sexualidade. Um exemplo disso é a criminalização do aborto, a qual faz com que os corpos das mulheres sejam controlados por diferentes instâncias como: o Estado, os profissionais de saúde, principalmente a categoria médica, os tribunais de justiça, as igrejas, a família, entre outros, sendo ele colocado como ilegal e como crime.

Ademais, mesmo em casos que são permitidos em lei, essas instâncias querem deter o controle dos seus corpos, fazendo com que muitas vezes elas, além de terem que pedir o direito previsto, eles nem sempre não são garantidos, assim como exposto por diversos autores como Giugliani et al. (2021), Mudjalieb (2020), Farias e Cavalcanti (2012), Madeiro e Diniz (2016) e Marinho (2022).

Percebe-se que não é dado o mesmo tratamento para ações que possam punir o agressor, nem para os pais que não assumem a paternidade¹¹:

⁹Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

¹⁰Consiste em estupro contra menores de 14 anos, assim como presente na Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009.

¹¹Em pesquisa realizada por Thurler (2006) após analisar os pais “desertores”, ela estima que

ainda persiste a tendência masculina em reconhecer as mulheres como protagonistas das decisões sobre reprodução. O fato de muitos homens avaliarem a responsabilidade sobre a concepção/contracepção como exclusivamente feminina e considerar como falhas da mulher os insucessos porventura existentes neste momento, parece ser um elemento que contribua para um entendimento de que o cuidado infantil é uma atividade fundamentalmente feminina. Se os homens não se sentem com responsabilidades iguais às das mulheres no ato de gerar uma criança, avaliam - conseqüentemente - que sua participação no cuidado com a prole não deve se efetivar com a mesma intensidade que a da mulher, se este assim desejar (MARTINS, 2009:62).

Em uma pesquisa realizada com homens, constatou-se que para eles:

sexo é um ato permitido para os homens, mas que deve ser controlado e limitado pelas mulheres. Culpabilizam as mulheres pelo exercício da sexualidade e acreditam que é delas a responsabilidade pela gravidez não desejada, são 'as mulheres que têm que se cuidar'. (KALCKMANN e PINTO, 2010:188).

Por outro lado, quando decidem pela interrupção da gravidez, as mulheres são submetidas à marginalização e à ilegalidade, colocando-nas como único sujeito de identificação, sem levar em conta a participação do homem neste processo (CARVALHO, 2017)¹².

Isso demonstra o disciplinamento dos corpos femininos, assim como exposto por Freitas (2013), muitos veem a existência da mulher e do seu útero para maternar, dessa maneira, fazer um aborto pode ser visto como a negação da sua natureza, sendo um comportamento 'desviante' das condutas morais em voga.

Todavia, parte-se do princípio que:

Criminalizar o aborto, tornando-o ilegal, impossibilita a liberdade de escolha das mulheres acerca do número, espaço de tempo e a oportunidade de ter ou não ter filhos. Reafirma, assim, a cultura patriarcal e conservadora, que por vezes ancora-se na moralidade religiosa, a qual atribui o papel da reprodução e maternidade como responsabilidade exclusiva da mulher (OENNING e LEMOS, 2022:251).

25% das crianças brasileiras não tenham o reconhecimento pelo pai em seu Registro Civil de Nascimento, o que demonstra o poder deles escolherem de formas arbitrária e discricionária se irão reconhecer ou não seus filhos (as).

¹²O mesmo ocorre em relação ao abandono de crianças ou quando a mulher/ mãe deseja colocar a criança para adoção, são sempre elas as responsabilizadas, nunca os homens/ pais, apesar deles legalmente terem as mesmas responsabilidades que elas.

Além do mais, ainda que a lei penal coloque o aborto como crime, ele não deixa de acontecer. Muitas mulheres o realizam recorrendo a procedimentos clandestinos e inseguros, o que acarreta em muitas consequências negativas em suas vidas.

Apesar da heterogeneidade dentro dos grupos sociais, a maior frequência dos abortos ocorre com mulheres de menor escolaridade, pretas, pardas e indígenas, as quais viviam majoritariamente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (DINIZ et. al., 2017).

A autora apresentou como resultado de sua pesquisa, ocorrida em âmbito nacional, que a criminalização do aborto não diminui o seu incidente, visto que quase 1 em cada 5 mulheres, aos 40 anos já haviam realizado pelo menos um aborto. Contudo, essas mulheres deixam de procurar o acompanhamento e a informação de saúde para concretizá-lo de forma segura ou para planejar sua vida reprodutiva, a fim de evitar outros casos.

O Brasil é um dos países que mais violenta e mata meninas e mulheres no mundo, sobretudo, negras e pobres. Complexidades que uma moral religiosa conservadora no Brasil e, crescentemente, fundamentalista, insiste em não ver e muito menos considerar. Não consideram que o aborto realizado em condições inseguras, pode matar, sendo um importante problema de saúde pública. Não consideram as múltiplas violências vividas, ao contrário, se tornam perpetradores/as. A criminalização do aborto é uma violência de Estado contra as mulheres, de um Estado historicamente racista, machista, misógino e elitista (CARDIERI e PERES, 2021:111).

Domingues (2020) afirma que uma mulher morre a cada dois dias por aborto inseguro no Brasil. Todos os anos 1 milhão de abortos induzidos ocorrem, levando em média 250 mil mulheres à hospitalização.

Assim sendo, o aborto clandestino e inseguro é uma questão de saúde pública que pode vir a provocar diversas implicações biopsicossociais na vida da mulher, como a elevada morbimortalidade, além de ser uma violação dos direitos humanos, principalmente para as mulheres com baixo grau de escolaridade, pobres e negras (ANJOS et al., 2013). Ou seja, o aborto clandestino não atinge de forma igual todas as mulheres, ele evoca a interseccionalidade entre os seguintes pontos. Primeiramente o gênero, cuja maior parte da população atingida é a feminina e pessoas mais vulneráveis em termos de gênero, como as(os) transexuais; a raça/ cor, abrangendo as mulheres negras e indígenas; a classe social, constituída de mulheres mais pobres e menos escolarizadas

(GIUGLIANI et al., 2021) e, ainda, o território em que essas pessoas habitam.

A partir das pesquisas supracitadas, observa-se a ineficiência dessa lei penal, tendo em vista a prevalência dos abortos, entretando clandestinos, realizados de forma insegura, colocando a vida dessas mulheres em maior risco. Partindo desse pressuposto, em 2018, a Anis - Instituto Bioética elaborou argumentos em 2019, apresentados ao Supremo Tribunal Federal na Audiência Pública da ADPF 442¹³; dentre os quais, um aponta que a criminalização do aborto pode causar graves riscos para a saúde das mulheres, quais sejam: à saúde mental (devido à imposição social da maternidade e ao julgamento moral e religioso), a complicações na saúde, a acentuadas internações e a muitos óbitos.

Ademais, cerca da metade das mulheres que abortam no Brasil necessitam de internação, o que acarreta no aumento de gastos para o sistema de saúde (DINIZ et. al., 2017). Sobretudo muitas morrem sozinhas e escondidas com medo da lei e da prisão, sem nunca terem procurado um serviço de saúde. Há também aquelas que vão a óbito e a causa é classificada como indeterminada, por esconderem que recorreram ao aborto clandestino (ANIS, 2019).

Ainda de acordo com a ANIS (2019), o aborto em si não é um procedimento arriscado, o que leva aos riscos são os impedimentos das mulheres em acessar as tecnologias médicas mais adequadas às suas necessidades, levando a procurarem procedimentos clandestinos e inseguros, feitos muitas vezes por profissionais não capacitados ou com métodos e condições inadequados.

Estes apontamentos demonstram o reflexo da criminalização do aborto como uma das expressões da “questão social”, essa, para Netto (2001), é determinada pelo traço próprio e peculiar da relação capital x trabalho: a exploração. Dessa forma, por ela ser constitutiva do modo de produção capitalista não é possível suprimir a “questão social”, prevalecendo esse modo de produção. Contudo, diferentes estágios capitalistas produzem diferentes manifestações da “questão social”.

¹³ANIS- Instituto de Bioética: argumentos apresentados ao Supremo Tribunal Federal na Audiência Pública da ADPF 442. Brasília: LetrasLivres, 2019. Disponível em: <Cartilha-ABORTO-web.pdf>. Acesso em: 21 de setembro de 2022.

Diz ANIS (2019) que há evidências na queda de taxas de aborto em países que ele foi descriminalizado, com consequente redução da morte materna. Além do que, possibilita que as mulheres sejam ouvidas e acolhidas; passem a entender as falhas nas políticas de prevenção de gravidez e como aprimorá-las e possam realizar melhorias nos métodos contraceptivos, de forma a prevenir um segundo aborto e até identificar se elas sofrem violência de forma a orientá-las a saírem de tal situação.

Dessa maneira, a criminalização do aborto não reduz os números de abortos, pelo contrário, eles continuam, porém, de forma mais arriscada, ela “pune todas as mulheres, ainda que em graus bastante diferentes, já que constitui mais uma face da perversa e crescente necropolítica do atual governo brasileiro que, de forma direta ou indireta, estabelece quem pode viver ou morrer neste país” (CARDIERI e PERES, 2021:112).

Todavia, sua proibição legal é proveniente de uma normatização que representa as forças conservadoras da sociedade. Nessas questões é notório o posicionamento e as reivindicações dos movimentos feministas pela descriminalização do aborto em contraste com essas forças conservadoras (LOPES e OLIVEIRA, 2019). Essas e outras questões relacionadas aos direitos das mulheres foram e são pautas de lutas dos movimentos de mulheres, assim como será apresentado no próximo item.

1.2 - Nosso corpo nos pertence: o movimento feminista na luta pela garantia dos direitos das mulheres

As mulheres passaram por um processo de degradação dos seus direitos nos séculos XVI e XVII, fator determinante para a sua desvalorização enquanto trabalhadoras, tendo sido privadas de toda a sua autonomia se comparada aos homens. A condição de subalternizadas que elas são submetidas, ocorre desde o cercamento de terras, principalmente as mulheres pobres; contudo, parte-se do princípio que para ocorrer a emancipação é necessário superar o patriarcado e o capitalismo, tendo em vista que neste modo de produção a subalternização das mulheres se aprofunda mais (FEDERICI, 2017).

Para Louro (2003), a segregação social e política na qual as mulheres foram historicamente conduzidas teve como consequência a sua ampla

invisibilidade como sujeito. De acordo com a autora, é importante ressaltar que não são necessariamente as características sexuais que constituirão o que é feminino ou masculino em uma sociedade, num dado momento histórico, mas sim o que socialmente se construiu sobre os sexos. Para tanto, o conceito de gênero é fundamental.

As relações de gênero fizeram com que as mulheres tivessem pouca ou nenhuma autonomia para decidir sobre suas vidas, sobretudo em relação ao seu corpo.

O corpo e a sexualidade das mulheres passaram a ser controlados, instituindo-se então a família monogâmica, a divisão sexual e social do trabalho entre homens e mulheres, e a imposição de diversos papéis sociais como normativas para as mulheres, como a maternidade, casamento e responsabilização acerca do bem estar da família. Corroborando, assim, o patriarcado, uma nova ordem social centrada na descendência patrilinear e no controle dos homens sobre as mulheres. (OENNING e LEMOS, 2022: 249).

Cabe ressaltar que a imposição da maternidade, implica diretamente na saúde, autonomia e liberdade das mulheres e tem relação direta com os direitos sexuais e reprodutivos. Este processo leva à romantização e ao endeusamento do 'ser mãe', levando a 'culpabilização' daquelas que não desejam ter filhos(as) (OENNING e LEMOS, 2022).

O aborto, nesse contexto, é recorrentemente praticado como negação à maternidade involuntária. Para os antifeministas, o aborto voluntário deve ser recusado, pois é um meio de manutenção do domínio sobre a mulher, mas, esse é um problema das mulheres e é usado por homens e instituições como um método de controle, buscando o domínio do discurso sobre o aborto (CARVALHO, 2017:66).

No entanto, esse lugar ocupado por elas, que demonstra a desigualdade de gênero e a naturalização dos comportamentos devido à diferença biológica são questionados por muitas mulheres. Com isso, no final dos anos 1970¹⁴ elas

¹⁴Marco arbitrário, tendo em vista que antes deste período já existiam mulheres individualmente e movimentos na luta por direitos. Conforme exposto por Duarte (2019), desde as primeiras décadas do século XIX, as mulheres se articularam e organizaram para lutarem contra a opressão e a discriminação da mulher, existindo pelo menos quatro momentos áureos, de fluxo e refluxo, que estiveram mais próximas a concretizarem suas bandeiras, os quais a autora divide em: o primeiro momento, início do século XIX, diz respeito ao direito básico de aprender a ler e a escrever; o segundo momento, em torno de 1870, a luta era em torno da ampliação da educação e o direito ao voto; o terceiro momento, século XX, foi o identificado como rumo à cidadania, tendo a movimentação pelo direito ao voto, ao curso superior e à ampliação do campo de trabalho; e o quarto momento, nos anos 1970, ocorreu a revolução sexual e de literatura. Será

estavam, no Brasil, junto com os movimentos sociais na luta pela democratização do regime e das reivindicações ligadas ao acesso a serviços públicos e à melhoria da qualidade de vida, sobretudo por movimentos feministas.

Cabe ressaltar que as mulheres negras participaram destes movimentos, conscientes da importância de seu papel na história e buscaram desmascarar situações de conflito e exclusão. No entanto, além de terem contribuído para a conquista de maior visibilidade como sujeitos políticos em relação àqueles movimentos e à sociedade, elas também trilharam um caminho para a construção do movimento autônomo de mulheres negras (RIBEIRO, 1995).

A diversificação das concepções e práticas políticas que a ótica das mulheres dos grupos subalternizados introduzem no feminismo é resultado de um processo dialético que, se, de um lado, promove a afirmação das mulheres em geral como novos sujeitos políticos, de outro exige o reconhecimento da diversidade e desigualdades existentes entre essas mesmas mulheres (CARNEIRO, 2003:119).

Segundo Góes (2018), o movimento de mulheres negras tinha o objetivo de dar resposta às novas iniciativas de controle populacional contra mulheres negras levadas a cabo nos Estados Unidos, no Brasil e em outras partes do mundo, tendo o intuito de denunciar o combate ao genocídio da população negra e a usurpação da liberdade reprodutiva das mulheres.

Para Farah (2004), os estudos de gênero consolidaram-se no país, simultaneamente ao fortalecimento do movimento feminista, os quais além de denunciar as desigualdades entre homens e mulheres, traziam demandas como o direito a creche, a saúde da mulher, a sexualidade, a contracepção e a violência contra a mulher. Sendo assim, na década de 80 iniciaram as primeiras políticas públicas com recorte de gênero, como a criação em São Paulo do primeiro Conselho Estadual da condição Feminina (1983) e da primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher (1985). Neste mesmo ano também foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, órgão do Ministério da Saúde.

De acordo com Teles (1993), em 1980 a violência contra a mulher começa

aprofundado neste trabalho a partir do quarto momento, dos anos 1970 em diante. Cf. Duarte (2019)

a ser pauta do movimento feminista brasileiro, e um dos pontos trabalhados foi a denúncia do estupro como forma de violência, o qual atingia majoritariamente pessoas do sexo feminino. Fato esse que permanece nos dias atuais. Até aquele período, o estupro era corriqueiro nas páginas policiais, sendo crime praticado pelos ditos "‘tarados’ ou ‘anormais’ contra mulheres de conduta suspeita, que se vestiam sem nenhum decoro e se encontravam em lugares pouco recomendáveis" (TELES, 1993:134). Sendo assim, a partir das reivindicações das feministas o estupro passa a ser considerado como crime contra a pessoa e que deve ser punido.

Segundo Duarte (2019), o movimento feminista no Brasil teve marcas distintas e definitivas, tendo em vista a conjuntura histórica de ditadura militar e censura, fazendo com que as mulheres tivessem que se posicionar também pela redemocratização do país, pela anistia e por melhores condições de vida, porém não deixaram de debater a sexualidade, o direito ao prazer e o aborto, tendo como lema ‘Nosso corpo nos pertence’.

Neste mesmo cenário esteve presente o efervescente movimento de mulheres negras, que foi orientado:

num primeiro momento pelo desejo de liberdade, pelo resgate de humanidade negada pela escravidão e, num segundo momento, pontuado pelas emergências das organizações de mulheres negras e articulações nacionais de mulheres negras, vem desenhando novos cenários e perspectivas para as mulheres negras e recobrando as perdas históricas (CARNEIRO, 2003:129).

Ainda:

Cada vez mais, apesar da oposição, as mulheres negras estão se unindo numa tentativa de explorar e modificar aquelas manifestações da sociedade que nos fazem sofrer uma opressão diferente da que sofrem os homens negros. (...) Por exemplo, nenhum homem negro jamais foi forçado a ter filhos que não desejava ou não podia sustentar. A esterilização forçada e a impossibilidade de realizar abortos são ferramentas de opressão de mulheres negras, assim como o estupro. (LORDE, 2019: 50 e 51).

Sendo assim, um tema que ocupou espaço privilegiado na agenda política foi a esterilização, foram realizadas campanhas contra a esterilização de

mulheres em função dos altos índices que esse fenômeno adquiriu no Brasil, principalmente entre mulheres de baixa renda (CARNEIRO, 2003).

Outra conquista da luta das mulheres foi a criação em 1985 da Delegacia Policial de Defesa da Mulher, sendo uma importante iniciativa para trazer à luz um fenômeno oculto até então normalizado na sociedade, que é a violência doméstica (TELES, 1993).

Sobretudo, cabe ressaltar que o Brasil é signatário de acordos e convenções internacionais como a Conferência de Cairo (1994), e a de Beijing (1995), que enfatizam e são de grande importância no que diz respeito à saúde sexual e aos direitos reprodutivos, assim como abordado abaixo.

Na ECO 92, Corrêa (2018) afirma que gênero, sexualidade e direito ao aborto não estiveram em pauta. Diante do contexto, várias redes feministas que estavam no Rio de Janeiro viam a necessidade de se manifestar sobre a agenda das Conferências de População e Desenvolvimento do Cairo (CIPD, 1994), a fim de evitar um grande desastre político. Durante esse percurso, o termo gênero foi gravado pela primeira vez num documento intergovernamental, contudo, sendo usada a terminologia “status das mulheres”, de forma que ele se restringisse às diferenças entre homens e mulheres, ao invés da relação de poder e desigualdade de gênero.

Já a Conferência de Cairo de 1994 tinha uma “atmosfera impregnada de sexualidade”, o que fez com que o Vaticano tentasse impedir a revisão de leis sobre aborto, educação sexual das meninas, direitos sexuais de mulheres e linguagem a respeito da orientação sexual do capítulo sobre direitos humanos. Nesse momento, o termo gênero ainda não havia sido alvo de polêmicas. (CORRÊA, 2018).

No documento preparatório para a Conferência Mundial de População e Desenvolvimento de Cairo, em 1994, a “Declaração de Itapeçerica da Serra”, o movimento de mulheres negras declarou que a liberdade reprodutiva é essencial para as etnias discriminadas e reivindica ao Estado brasileiro a garantia dos direitos reprodutivos, assegurando as condições necessárias para a manutenção da vida de forma que as mulheres negras pudessem exercer a sua sexualidade e seus direitos reprodutivos, controlando a sua própria fecundidade, decidindo se queriam ter ou não ter os filhos que desejassem. Para tanto, o Estado deveria garantir acesso a serviços de saúde para atenção de boa qualidade à gravidez

ao parto e ao aborto (RIBEIRO, 1995).

Assim, observa-se a moralidade conservadora, a qual tem influência da igreja católica, sobretudo na construção e disseminação de uma política anti gênero e isso tem grandes rebatimentos ainda nos dias atuais, como abordado no item 1.3.

Em 1995 foi realizada em Beijing a Conferência Mundial sobre a Mulher, e, a partir dela e da trajetória do movimento de mulheres no Brasil, foram incluídas na agenda diversas diretrizes no campo das políticas públicas, como: violência; saúde; meninas e adolescentes; geração de emprego e renda; educação; trabalho; infra-estrutura urbana e habitação; questão agrária; incorporação da perspectiva de gênero, por toda política pública (transversalidade), e acesso ao poder político e empowerment (FARAH, 2004).

Mesmo que esses documentos não tenham força de lei, eles afirmam compromissos com o avanço dos direitos reprodutivos e sexuais. Todavia, o país não avançou o suficiente no que tange os direitos sexuais e reprodutivos (CARLOTO E DAMIÃO, 2018).

Para Ávila, o campo da sexualidade e da reprodução devem ser tratados separadamente, a fim de “assegurar a autonomia dessas duas esferas da vida, o que permite relacioná-las entre si e com várias outras dimensões da vida social” (2003, p. 466).

Na perspectiva feminista aqui adotada, os direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. O que significa tratar sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e conseqüentemente da vida democrática. (Ávila, 2003:466)

São inegáveis as conquistas resultantes das organizações sociais protagonizadas por mulheres e pelos movimentos feministas. No contexto brasileiro, dentre os marcos para os direitos delas estão a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990. Anteriormente, em 1984, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que tinha como objetivo trazer melhorias na qualidade de suas vidas e reduzir a morbimortalidade materna e infantil. Ele foi importante para o avanço da

discussão dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no país.

Apesar de sua limitação, a CF de 1988 contemplou avanços em relação aos direitos da cidadania, além de edificar a seguridade social no Brasil (SALVADOR, 2012). Segundo Souza (2005), ela não apenas regula princípios, regras e direitos individuais, coletivos e sociais, como também um leque de políticas públicas.

Como abordado por Carloto e Damião (2018), a participação da população na construção da Constituição brasileira ocorreu por meio de emendas populares e os movimentos feministas também trabalharam muito para inserirem suas demandas, dentre as quais a descriminalização do aborto.

As feministas lutavam para que a Constituição Federal defendesse o direito à vida 'desde o nascimento', a fim de buscar avanços na legislação sobre aborto. Porém, o forte lobby da Igreja Católica e a massiva presença de deputados evangélicos tentavam impor a defesa da vida 'desde a concepção' — o que impossibilitaria inclusive os permissivos de aborto nos casos citados pelo Código Penal de 1940. A recusa do termo 'desde a concepção' para se referir à vida foi uma conquista do movimento de mulheres feministas. Como resultado desse embate, a Constituição brasileira afirma o direito à vida, sem determinar quando esta começa — dando brecha para os dois lados (CARLOTO e DAMIÃO, 2018: 313).

No que diz respeito ao SUS, ele foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990), com intuito de criar condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, para a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Em relação às mulheres, o SUS possibilitou que lhes fosse fornecida atenção integral à saúde, inclusive no que diz respeito às demandas de violência, de planejamento reprodutivo, de saúde sexual e de casos de abortamento.

Vale sinalizar que embora tenham ocorrido importantes mudanças e conquistas, abordadas anteriormente, em 1990 foram grandes os desafios para implementar os direitos expostos, diante do contexto neoliberal e de contrarreforma¹⁵.

A partir disso, no cenário nacional, em 2004 foram propostas diretrizes para a humanização e qualificação da assistência à saúde, princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a qual

¹⁵Este termo é abordado por Bering (2003), pois a autora não considera que houve uma reforma no país, como era apresentado, e sim uma contrarreforma.

trouxe à tona as desigualdades sociais de gênero para a política de saúde, e então foi expandido o debate sobre o aborto e colocado o direito ao aborto legal como questão de saúde pública no Brasil.

Apesar destes avanços observados, as mulheres continuam sendo as principais responsáveis pelos cuidados com os filhos e pelas atividades domésticas. Além disso, os corpos femininos ainda são vistos como objetos e como palcos de múltiplas intervenções, o que faz com que muitas vezes elas não tenham o direito de serem protagonistas das próprias escolhas. Isso pode acarretar em implicações na saúde, na autonomia e na liberdade delas, e tem relação direta com os direitos sexuais e reprodutivos.

Um exemplo disso é o estupro. Muitas vezes as mulheres que foram estupradas são culpabilizadas por terem sofrido a violência, como se tivessem provocado o agressor. Ademais, quando a violência resulta em gravidez, ainda que permitido em lei o aborto nessa situação, muitas instâncias detêm a decisão sobre o controle do corpo delas, dizendo se devem ou não realizar tais procedimentos e muitas vezes dificultam o exercício desse direito.

Segundo Diniz et al (2014), existe uma economia moral em curso sobre o corpo e a sexualidade das mulheres que nega fissuras à heteronomia reprodutiva a elas imposta, em relação ao aborto. Com isso as exceções punitivas seriam um sopro de soberania das mulheres sobre seus corpos, motivo esse que leva a intensa vigilância da sua atualização.

Deste modo, a temática do aborto, quando se refere aos direitos reprodutivos das mulheres, é bastante polêmica e para Angonese e Lago (2017), pensar o aborto na realidade de homem transsexual ainda é algo novo. Acredita-se que seja mais controverso, tendo em vista que a “experiência trans é dissociada da possibilidade reprodutiva, como se fosse impensável e impossível – a parentalidade trans é colocada em uma zona de objeção, que leva a uma esterilização simbólica dessa população” (ANGONESE e LAGO, 2017: 267). Ou seja, eles estão excluídos do exercício do direito. Isto não pode ser naturalizado, para tanto, é premente abordar mais os direitos da população trans.

Aquelas lutas conseguiram estabelecer diálogos com o Estado e fomentaram a criação de políticas públicas e legislações para o atendimento às mulheres que engravidaram decorrente de estupro, conforme apresentado no próximo item.

1.3 A trajetória histórica do aborto na legislação

O conceito de aborto adotado neste trabalho consiste na interrupção voluntária ou provocada de uma gravidez, sendo o feto expelido ou retirado antes do tempo normal. Todavia:

sob a perspectiva da saúde, abortamento é a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semanas de gestação, e com produto da concepção pesando menos de 500g. Aborto é o produto da concepção eliminado pelo abortamento. (BRASIL, 2012: 76).

Sob a perspectiva da saúde coletiva, o abortamento é classificado em três tipos: espontâneo ou induzido; seguro ou inseguro e legal ou ilegal.

Conforme a OMS, o aborto espontâneo diz respeito à “morte embrionária ou fetal não induzida ou passagem dos produtos da concepção antes de 22 semanas de gravidez ou pesando menos do que 500 gramas”¹⁶. Enquanto o aborto induzido é a “perda intencional de gravidez intrauterina por meios medicamentosos ou cirúrgicos”¹⁷.

O aborto inseguro é definido como o procedimento para terminar com uma gravidez indesejada, realizado por pessoas sem conhecimento técnico necessário e/ou condições mínimas de higiene (OMS, 2003). Por outro lado, o aborto seguro é o procedimento feito em condições seguras, reduzindo as chances de intercorrências¹⁸.

O aborto ilegal, é aquele dito como crime, como presente no Código Penal de 1940. Já o “aborto legal” é uma expressão brasileira para demonstrar a ambiguidade do marco punitivo e da política pública (DINIZ et al, 2014). O aborto é tipificado no Código Penal de 1940 como crime contra a vida, em que mulheres podem ser punidas com prisão de um a três anos. Entretanto, existem três exceções da criminalização do aborto no país (já mencionadas anteriormente), que não deixam de ser crime, porém sem pena, sendo por isso consideradas

¹⁶World Health Organization (WHO), International Classification of Diseases 11th Revision (2022). The global standard for diagnostic health information. Disponível em: [https://icd.who.int/browse11/l1/\[1\]m/en#/http://id.who.int/icd/entity/696502028](https://icd.who.int/browse11/l1/[1]m/en#/http://id.who.int/icd/entity/696502028). Acesso em: 06 de julho de 2022.

¹⁷World Health Organization (WHO), International Classification of Diseases 11th Revision (2022). The global standard for diagnostic health information. Disponível em: [https://icd.who.int/browse11/l1/\[2\]m/en#/http://id.who.int/icd/entity/696502028](https://icd.who.int/browse11/l1/[2]m/en#/http://id.who.int/icd/entity/696502028). Acesso em: 06 de julho de 2022.

¹⁸Disponível em: <O que é aborto seguro (fiocruz.br)>. Acesso em 10 de agosto de 2022.

aborto legal, quais sejam: diante de riscos à vida da mulher; em gravidez de feto anencéfalo ou anomalia fetal que comprometam a vida extrauterina do feto e em situações de estupro.

Cabe salientar que essas permissividades, em acordo com o exposto por Diniz et. al. (2014), não protege a autonomia reprodutiva das mulheres, e sim a mulher vítima de estupro, porquanto dizem respeito à construção moral da mulher como vítima, da violência patriarcal ou do acaso da natureza.

Conforme preconizado no Código Penal de 1940:

Não se pune o aborto praticado por médico: (Vide ADPF 54)
II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal (Artigo 128).

Assim, em casos de estupro a gravidez pode ser interrompida sem que os profissionais de saúde que realizam o serviço sejam culpabilizados.

No entanto, mesmo sendo permitida a interrupção da gravidez pelo Código Penal, por muitos anos os serviços de saúde não foram regulamentados. Somente em 1989 o primeiro serviço de atendimento às mulheres em situação de violência sexual foi implantado pela Prefeitura de São Paulo, no Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya. Naquele momento, para que ocorresse o acesso ao serviço de aborto legal, a mulher precisava apresentar o Boletim de Ocorrência (BO) e o laudo pericial do Instituto Médico Legal (IML) (TALIB e CITELI, 2005).

Em nível nacional, o aborto legal só foi regulamentado em 1999, com a publicação da norma técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, que normatizou e estimulou os serviços de saúde a atendê-las, organizando a atenção nos serviços públicos, normatizando o atendimento clínico, as coletas de material para identificação do agressor, as anticoncepções de emergência para prevenir infecção sexualmente transmissíveis (IST/ AIDS) e gravidez. Essa norma regulamentou a realização de exames laboratoriais, o fornecimento de medicamentos, o apoio psicológico e a interrupção de gravidez.

Este foi o primeiro texto que especificou o silêncio deixado pelo Código Penal sobre a verdade do estupro nos casos das exceções punitivas para o

aborto (DINIZ et al, 2014).

Essa Norma Técnica foi reeditada em 2005 e é considerada um grande avanço, pois a partir dela, para o aborto ser realizado, a investigação policial ou judicial não era mais necessária, devendo a palavra da mulher ou do seu representante legal ser recebida com a presunção de veracidade, credibilidade e ética.

Dessa forma, toda e qualquer unidade de saúde com serviço de obstetrícia tem obrigação de realizar o abortamento nos casos permitidos por lei. Para tanto, deve ser garantido o exercício do direito à saúde e não cabe aos profissionais de saúde duvidar do relato da mulher.

Uma ascensão na política de saúde no país sobre o aborto se deu com o manual de Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Outro avanço foi a elaboração da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento em 2005, nela consta a necessidade de ter profissionais hábeis a realizar uma assistência à mulher no processo do abortamento e traz notórios avanços referentes ao acolhimento e atendimento de mulheres em situação de abortamento. Além de ressaltar a importância do respeito ao sigilo profissional sobre as situações de abortamento e da oferta do tratamento humanizado.

Ainda:

a atenção humanizada às mulheres em abortamento pressupõe o respeito aos princípios fundamentais da Bioética (ética aplicada à vida): a) autonomia: direito da mulher de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida; b) beneficência: obrigação ética de se maximizar o benefício e minimizar o dano (fazer o bem); c) não maleficência: a ação deve sempre causar o menor prejuízo à paciente, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis de suas ações (não prejudicar) e d) justiça: o(a) profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais (BRASIL, 2005:16).

Vale ressaltar que essas conquistas são fruto da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde iniciada no governo do Fernando Henrique Cardoso (1998) e no governo do Lula (2002), tendo em sua direção mulheres feministas (MATOS, 2010).

Nesse mesmo ano foi instaurada a Portaria nº 1.508 de 1º de setembro de 2005, sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez. Ela estabelece documentos e protocolos para guiar os profissionais de

saúde em casos de interrupção de gestação decorrente de estupro¹⁹.

A Portaria realizou algumas modificações nos 5 termos que são protocolos e devem ser seguido pela equipe de saúde e pela mulher para realizarem o aborto em casos de estupro, sendo eles:

- 1- Termo de relato circunstanciado, que consiste em um documento escrito pela mulher descrevendo as circunstâncias da violência sexual sofrida que resultaram na gravidez, constando a data, o horário aproximado, o local, a descrição detalhada do ocorrido, as características do agressor, possíveis testemunhas, entre outros. O documento deve ser escrito e assinado pela mulher que está solicitando o aborto na presença de dois profissionais de saúde que também devem assiná-lo;
- 2- Parecer técnico- assinado por médico, atestando a compatibilidade da idade gestacional com a data da violência sexual alegada, afastando-se a hipótese da gravidez decorrente de outra circunstância diferente da violência sexual;
- 3- Termo de consentimento livre e esclarecido- neste deve constar a declaração da mulher e/ou de seu representante legal pela escolha da interrupção da gestação, ciente da possibilidade de manter a gestação até o seu término e das alternativas existentes nesse caso (como a inserção da gestante no pré-natal e a possibilidade, se desejar, de colocar a criança no sistema de adoção²⁰). A mulher e/ou o seu representante legal devem declarar conhecimento dos procedimentos médicos que serão adotados, bem como dos desconfortos e riscos possíveis para a saúde, formas de assistência e acompanhamentos posteriores. Deve constar a solicitação da interrupção da gestação e a autorização aos profissionais de saúde a realizar os procedimentos necessários;
- 4- Termo de Responsabilidade- deve ser assinado pela mulher e/ou seu representante legal, declarando que as informações prestadas para a equipe de saúde é legítima expressão da verdade e a penalização em

¹⁹Essa Portaria foi atualizada em 2020, pela Portaria nº 2561/2020, que é considerada um retrocesso, como será abordado no próximo item.

²⁰Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12010.htm>. Acesso em: 08 de março de 2023.

caso de Falsidade Ideológica e de Aborto, conforme previsto nos artigos 299 e 214 do Código Penal, respectivamente, assumindo a responsabilidade caso as informações prestadas não correspondam à verdade;

- 5- Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez firmado pela equipe multiprofissional sobre a realização do aborto solicitado após as avaliações médica e psicossocial, devendo ser assinado por no mínimo 3 profissionais de diferentes áreas do serviço não podendo estar em desacordo com a conclusão do parecer técnico. Em caso de não aprovação da realização do procedimento, devem registrar a justificativa no prontuário hospitalar.

Em 2013 foi sancionada pela Presidência da República a Lei nº 12.845/2013, que normatiza o atendimento emergencial, integral e multidisciplinar para vítimas de violência sexual nas unidades do SUS. Segundo a lei, os hospitais devem oferecer atendimento, garantindo profilaxia²¹ da gravidez e ISTs, tratamento aos agravos físicos e psíquicos decorrentes da violência vivida e fornecimento de suporte de serviço social e de educação para cidadania, facilitando o encaminhamento para rede socioassistencial.

No mesmo ano, foi implementada a Portaria nº 528/2013 pelo Ministério da Saúde, a fim de definir o funcionamento dos serviços de Atendimento Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, e regular os serviços de aborto legal.

Nesse contexto, destaca-se que ambos os documentos visam melhorias aos atendimentos às mulheres em situação de violência sexual. Em relação à Portaria nº 528/2013, até a sua promulgação, eram restritos os hospitais de referência que realizavam interrupção de gravidez, ainda que estivesse previsto em lei o direito a esse serviço, desde o Código Penal de 1940. Corrobora a isso o fato de até o ano de 2016 apenas 2 (duas) maternidades no município do Rio de Janeiro realizarem aborto legal em casos de violência sexual e somente após esse ano o serviço começou a ser executado por outras maternidades do município (MUDJALIEB, 2020).

²¹Consiste em um protocolo de emergência realizado com pessoas que estiveram em situação de violência sexual.

Conforme pesquisa realizada por Talib e Citeli (2005), em 2005, haviam só 56 hospitais cadastrados com equipes especializadas para a interrupção da gestação em caso de violência sexual. Desse quantitativo apenas 37 estavam capacitados para realizar o procedimento e 5 nunca tinham feito nenhum procedimento de aborto legal. Além disso, seis estados brasileiros, até então, não possuíam nenhum serviço organizado, estando a maioria dos serviços localizados na Região Sudeste, local para onde as mulheres das outras regiões acabavam se deslocando para acessar o serviço.

Passados mais de 10 anos, de acordo com Diniz et al (2017), não ocorreram mudanças significativas, tendo em vista que dos 68 serviços existentes entre 2013 e 2015, somente 37 realizaram interrupções de gravidez decorrente de estupro. Estes se concentravam na região Sudeste e em 7 estados do país não eram feitos tais procedimentos. Além disso, algumas instituições exigiam BO, laudo do IML ou alvará judicial para sua realização, mesmo essa exigência tendo sido extinta em 2005.

Este quadro demonstra que a despeito do avanço da política pública para a saúde das mulheres em situação de violência sexual, o acesso ao aborto não é uma garantia para as mulheres brasileiras (TALIB e CITELI, 2005). Tendo em vista que, apesar de muitas conquistas, são inúmeros os obstáculos enfrentados por essas mulheres a fim de garantir o direito de interromper a gravidez, além da existência de vários dilemas sobre a temática, como será apresentado no próximo item.

1.4 - O aborto hoje: entre os direitos e os dilemas

Conforme ressaltado no item anterior, as conquistas em relação ao aborto legal em caso de estupro ocorreram de forma bem lenta e a partir de muitas lutas advindas do movimento feminista. Entretanto é importante ressaltar que elas foram alvos de grandes ataques, no governo neoconservador²² do ex-presidente Jair Bolsonaro (2019-2022).

²²Neoconservadorismo diz respeito à maneira de enfrentamento ideológico às tensões sociais oriundas da ofensiva neoliberal no período da crise mundial do capitalismo dos anos 1970, em que ocorreu uma atualização do conservadorismo, “incorporando princípios econômicos do neoliberalismo, sem abrir mão do seu ideário e do seu modo específico de compreender a realidade” (BARROCO, 2015: 624).

Entre eles contam alterações legislativas que impactaram para o aumento de situações de alta gravidade vivenciadas por mulheres em situação de violência sexual no âmbito penal, com aumento de penas, criação de novas tipificações e mudando o papel da saúde para o âmbito da denúncia.

Um exemplo é a Portaria nº 2561/2020, que dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS. Esta impõe a obrigatoriedade dos profissionais de saúde comunicarem a autoridade policial todos os casos confirmados ou suspeitos de estupro, o que desconsidera o dever dos profissionais de garantirem o sigilo dos usuários (as) atendidos e que essa comunicação possa ser considerada uma quebra dele.

Essa Portaria é um retrocesso nos direitos das mulheres, porquanto traz um novo escopo para o acesso ao direito ao aborto legal e seguro, o que pode ocasionar uma maior recorrência delas aos serviços de abortos clandestinos, colocando suas vidas em maiores riscos.

Cabe ressaltar que ela sofreu muitos questionamentos e foi pauta de manifestações de órgãos e instituições do Sistema de Justiça e da Saúde, assim como da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo-SOGESP: “o risco [da comunicação] de prejudicar o atendimento das mulheres vítimas de violência, que podem deixar de buscar o serviço de saúde para evitar a notificação e a comunicação à polícia”²³

Outra regressão foi a divulgação em junho de 2022, pelo Ministério da Saúde, de um guia para “Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento”, que possui como objetivo ser um:

guia para apoiar profissionais e serviços de saúde quanto às abordagens atualizadas sobre acolhimento e atenção qualificada baseada nas melhores evidências científicas e nas estatísticas mais fidedignas em relação à temática, sempre levando em conta a defesa das vidas materna e fetal e o respeito máximo à legislação vigente no País. (BRASIL, 2022).

Acredita-se que este Guia ameaça várias conquistas históricas oriundas de muitas lutas, além de ter alguns pontos que contrariam as leis vigentes no país. Uma questão presente nele é o trecho: “Não existe aborto legal”, como se

²³Disponível em: <SOGESP ressalta papel do médico em meio às mudanças na lei de notificação compulsória em caso de violência contra a mulher>. Acesso em: 01 de julho de 2022.

todo aborto fosse um crime, e se comprovadas as situações de excludente de ilicitude, após investigação policial, ele deixasse de ser punido. Essa é uma informação equivocada, tendo em vista que, conforme consta no Código Penal, ele não configura crime em 2 casos e, em um caso, por meio da arguição do STF. Ainda, diferente do que consta na cartilha, não é necessária investigação policial para se enquadrar em excludente de ilicitude.

Outro ponto preocupante, é o fato de ele dar margem para a criminalização das mulheres que recorreram aos serviços de aborto legal por situação de estupro, propondo uma investigação criminal contra elas.

No entanto, a apresentação do Guia não se deu sem questionamentos, conforme publicado na Folha de São Paulo²⁴, no dia 24 de junho de 2022, cerca de 80 entidades solicitaram a revogação do guia. Inclusive, foi elaborado pelas Defensorias Públicas um Ofício Conjunto N.º 1/2022/NUDEM com recomendação para a Secretaria de Atenção Primária à Saúde e Departamento de Ações Estratégicas, objetivando preservar os direitos e as garantias da dignidade, da autonomia, do sigilo, da privacidade, da informação, do amplo e do irrestrito acesso à saúde sexual e reprodutiva das mulheres e meninas. Dessa maneira, os profissionais de saúde puderam continuar seguindo as orientações (as) estabelecidas na legislação brasileira e internacional, no que tange aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva de mulheres e meninas; ademais, foi criada a campanha “cuidem de nossas meninas”, organizada pela união de vários movimentos sociais²⁵.

Esse guia foi debatido em audiência pública, no dia 26 de junho de 2022, para a qual foram convidadas médicos, juristas, representantes de associações, parlamentares²⁶, sendo excluídas as organizações e as entidades feministas que há muitos anos lutam pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Entre os debatedores, 13 eram contrários ao aborto e apenas 7 defendiam sua realização de acordo com a lei. Dessa maneira, a audiência pública funcionou estrategicamente em defesa do guia.

²⁴Disponível em: <Cerca de 80 entidades pedem a revogação de guia do Ministério da Saúde para o aborto - 24/06/2022 - Mônica Bergamo - Folha (uol.com.br)>. Acesso em: 01 de julho de 2022.

²⁵Disponível em: <Cuidem das nossas meninas (mapadoacolhimento.org.br)>. Acesso em: 01 de julho de 2022.

²⁶Disponível em: <Diretriz do Ministério da Saúde diz que todo aborto é crime, e motiva audiência pública em Brasília | Jornal Nacional | G1 (globo.com)>. Acesso em: 01 de julho de 2022.

Estes exemplos são importantes para se refletir sobre a atuação do governo do ex-presidente Jair Bolsonaro (2019-2022) nas políticas públicas relacionadas à violência, o que demonstra a desresponsabilização do governo sobre a saúde das mulheres e o desmontes nos seus direitos. Outro fato que ilustra isto, é o corte de 99% da verba de ações para mulheres, pelo ex presidente, no orçamento para o ano de 2023²⁷.

Assim como ressaltado por Cardieri e Peres (2021), depois das eleições de 2018 para o Legislativo e o Executivo Federal, o cenário foi desvantajoso para avanços dos direitos humanos e contrário aos direitos sexuais e reprodutivos, com forte ação dos fundamentalistas para retirada de direitos e dificultadores para efetivar o que já era preconizado em leis.

Vivemos [no Brasil] uma investida religiosa conservadora no legislativo desde a Constituinte de 1988. Mais recentemente, tem crescido a ocupação religiosa por bancadas fundamentalistas no Congresso Nacional. O atual Poder Executivo tem investido fortemente na criminalização total do aborto no Brasil, inclusive com portarias que buscam dificultar o acesso ao aborto já permitido em lei (CARDIERI e PERES, 2021:112).

Houve uma transferência cada vez maior de responsabilidades sociais do Estado e de remessas de recursos financeiros para organizações confessionais, o que contribuiu “para a reprodução tentacular do poder institucional neoconservador” (ALMEIDA, 2020:28). Para o autor, a forte presença dos grupos religiosos neocorservadores na cena pública brasileira é um fenômeno complexo e paradoxal, tendo em vista que trata-se de “avaliar questões que remetem a valores morais os (neo) conversadores são moralistas, ou seja, intolerantes, preconceituosos e, no limite, fundamentalistas” (BARROCO, 2015: 631).

Ademais:

(...) os fundamentos hierárquicos, androcêntricos (quando não francamente patriarcais), homofóbicos e disciplinares da política religiosa e secular sobre a moralidade são funcionais às mais variadas formas de ordens autocráticas e autoritárias. No entanto, nem todas as sociedades sujeitas a esses regimes foram tão profundamente penetrada pelas racionalidades neoliberais. O contexto sempre importa. (CORREIA).

²⁷Disponível em: < <https://www.sinprodf.org.br/verba-de-acoes-para-as-mulheres-tem-corte-de-ate-99-no-orcamento-para-2023/> >. Acesso em: 08 de novembro de 2022.

Aqueles fundamentos religiosos não deveriam pautar a atuação do Estado, tendo em vista que a CF de 1988 prevê o país como um Estado laico, o que pressupõe não ter interferência de nenhuma religião.

É importante relatar a mudança no contexto político com a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2023-2026), no dia 20 de outubro de 2022. O atual presidente apresentou em seu discurso de posse o compromisso com um projeto que possa reconstruir o país e combater as desigualdades:

O grande edifício de direitos, de soberania e de desenvolvimento que esta Nação levantou, a partir de 1988, vinha sendo sistematicamente demolido nos anos recentes. É para reerguer este edifício de direitos e valores nacionais que vamos dirigir todos os nossos esforços. (PT, 2023).

Lula também abordou as desigualdades de gênero e as violências contra as mulheres. Considera-se uma grande escolha do atual presidente, a nomeação da ex presidenta da Fiocruz, Nísia Trindade, para estar à frente da pasta da Saúde, quem verbalizou o “compromisso em resgatar a ciência e a saúde coletiva como bases para a construção de políticas públicas” (RADIS, 2023)²⁸.

No início da sua posse no cargo, Nísia Trindade revogou a Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020, que obrigava os profissionais de saúde a notificar à polícia os casos de estupro, conforme já apresentada. Esta e outras revogações da Ministra foram feitas com a justificativa de que as aprovações do antigo governo não foram pactuadas com representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o que contraria os preceitos do SUS²⁹.

Além dos recuos apontados anteriormente, existem diversos entraves para que essas mulheres possam acessar os serviços de aborto legal em casos de estupro, entre eles: a falta de informação dos profissionais sobre a legislação e as políticas públicas; a solicitação inadequada do boletim de ocorrência policial; e a dificuldade de identificação de profissionais que se disponibilizem a assistir o aborto previsto em lei (MUDJALIEB, 2020).

²⁸Disponível em: <Uma mulher à frente do SUS (fiocruz.br)>. Acesso em: 09 de maio de 2023.

²⁹Disponível em: <Ministério da Saúde revoga portaria sobre aborto e medidas que contrariam diretrizes do SUS (cnnbrasil.com.br)>. Acesso em: 09 de maio de 2023.

Giugliani et al (2021) apontam que o viés moral e religioso ocasiona um silenciamento social sobre as condições da realização do aborto no Brasil e, além dessas mulheres muitas vezes não conhecerem o direito ao aborto legal, muitos agentes públicos da saúde e da segurança também o desconhecem, o que torna a situação ainda mais crítica, tendo em vista que na maioria das vezes esses são os primeiros serviços a que elas recorrem.

Por outro lado, mesmo que exista um crescimento no número de serviços de aborto legal em nível nacional, ainda é forte a resistência de profissionais e gestores na implementação desses serviços (FARIAS e CAVALCANTI, 2012). Segundo Lopes e Oliveira (2019), o aborto envolve várias implicações, estigmas e preconceitos de ordem cultural, moral e religiosa que impactam na atuação dos profissionais da saúde, fazendo com que muitos aleguem objeção de consciência.

Por sua vez, a objeção de consciência é um dispositivo normativo de códigos profissionais e de políticas públicas, com intuito de proteger pessoas em situação de conflito moral, como médicos que declaram objeção de consciência para não atender uma mulher que deseja abortar legalmente (DINIZ, 2011).

Vale ressaltar que é um direito do profissional alegar objeção de consciência e não atender o caso, porém, a instituição de saúde não pode deixar de garantir o serviço previsto em lei, tendo de ter em seu quadro profissionais que realizam essa demanda.

Além disso, conforme presente no item anterior, ainda que na Portaria vigente que dispõe sobre Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez, esteja claro que em caso de estupro a mulher é quem deve decidir sobre o aborto legal, cabendo ao serviço de saúde realizar o procedimento em caso de descoberta de que ela não tenha sido resultado de estupro, ela e/ ou seu responsável legal serão os responsáveis por responder pelo crime de aborto. Observa-se que na prática muitas delas são questionadas e até impedidas de realizá-lo. Acredita-se que isso pode ocorrer tanto devido a questões morais dos profissionais quanto diante do medo deles sofrerem alguma sanção.

Das dificuldades expostas, cabe abordar dois casos recentes que tiveram grande repercussão na mídia. Um deles ocorreu no ano de 2020, em que uma menina de 11 anos, residente no Espírito Santo, engravidou após ter sido

estuprada e, ao procurar uma unidade de saúde para realizar o aborto, teve seu direito negado; tendo sido este garantido somente após a autorização da Justiça.

Outro exemplo foi a grande repercussão nas mídias do caso da criança de 11 anos que engravidou após ter sido estuprada e ter tido o direito do aborto negado pelo Hospital Universitário de Florianópolis, diante da exigência de uma autorização judicial, com a justificativa da gravidez ter ultrapassado de 20 semanas, tendo chegado a 22 semanas. Diante disso, a mãe e a menina buscaram a justiça, e a juíza que atendeu o caso tentou convencê-las de manter a gravidez. Além da juíza ter negado a realização do aborto, ela afastou a criança da sua mãe, encaminhando-a ao abrigo.³⁰

A partir desses exemplos, evidenciam-se as diversas violências sofridas pelas duas meninas. Além da violência do estupro, elas sofreram com a violência do hospital, da juíza, da sociedade, da mídia e da decisão de controle dos seus próprios corpos. Foram revitimizadas, visto terem passado por diversas instituições até garantirem seus direitos, inclusive, diante deste último relato, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) lançou uma campanha “Criança não é mãe”³¹, em defesa dos direitos das meninas e mulheres.

Outro obstáculo que muitas vezes as mulheres se deparam, é o fato de grande parte dessas unidades de saúde, que realizam o aborto legal em caso de estupro, estarem presentes apenas em cidades grandes e em capitais (MARINHO, 2021; MADEIRO e DINIZ, 2016). Por isso, a importância da territorialização preconizada pelo SUS, de modo que sejam ofertados os serviços no território de abrangência. Todavia, dada a complexidade do atendimento, é necessário que essa mulher também possa ter o direito de escolher, caso deseje ser atendida em outra unidade de saúde, longe de suas redes de referência.

Acredita-se que esses obstáculos são dificultadores para as mulheres garantirem o direito ao aborto legal. Ilustra isso uma pesquisa realizada em âmbito nacional, no ano de 2016, que teve como resultado a ocorrência de aproximadamente 2000 abortos legais no país e 94% desse quantitativo foram decorrentes de estupro (MADEIRO E DINIZ, 2016). Considera-se esse quantitativo baixo se comparado com as notificações recebidas de estupro

³⁰Disponível em: <Em Santa Catarina, juíza encoraja menina de 11 anos estuprada a desistir de aborto - CartaCapital>. Acesso em: 01 de junho de 2023.

³¹Disponível em: <CFESS - Conselho Federal de Serviço Social>. Acesso em 24 de março de 2023.

praticado contra mulheres (apresentados no primeiro item desse capítulo), além de:

o risco de gravidez decorrente do estupro varia entre 0,5 e 5% e depende da idade da vítima, coincidência com o período fértil, se a violência foi um caso isolado ou se é uma violência continuada e se a vítima estava utilizando métodos anticoncepcionais. (CERQUEIRA e COELHO, 2014).

Claro que nem todos os casos de estupro resultam em gravidez, assim como apresentado acima, e mesmo quando ela ocorre não são todas as mulheres que desejam realizar o aborto³². No entanto, intui-se que o número seja muito maior do que o apresentado na pesquisa, e de acordo com Giugliani (2021), existem algumas dificuldades relacionadas ao assunto no país como: os registros hospitalares dos atendimentos ao aborto legal são subnotificados; a qualidade de preenchimento dos registros, notificação e prontuários variam, o que resulta em falso aumento de casos em locais que melhor registram e errônea prevalência de um determinado perfil das usuárias atendidas; a falsa percepção de serem poucos os casos de mulheres em situação de aborto legal, pois grande parte delas não acessa as unidades de saúde.

Farias e Cavalcanti (2012), também acrescentam fatores de êxito na contracepção de emergência no atendimento às mulheres em situação de violência e as barreiras culturais e institucionais que enfrentam quando precisam recorrer ao aborto.

Cabe salientar que essas questões abordadas não se dão sem resistências. As feministas brasileiras têm realizado ações para que possa ser mais acessível e qualificado o atendimento às mulheres que buscam aborto previsto em lei, estando entre as frentes da Rede Feminista de Saúde, o monitoramento e a ampliação dos serviços de aborto previsto em Lei e o debate pela legalização do aborto no país, por meio da Frente Nacional Contra a Criminalização das Mulheres e da Legalização do Aborto (CARDIERI e PERES, 2021).

Outro movimento importante para a luta sobre a temática é a Rede de

³²Vale ressaltar que caso a mulher deseje continuar com a gestação, porém não queira ficar com o recém-nascido, ela tem o direito de entregar para adoção, assim como preconizado pela Lei 13.509/2017.

Assistentes Sociais pelo Direito de Decidir (RASPDD)³³, a qual realiza o debate sobre o Serviço Social e sobre a questão do aborto desde setembro de 2020 e objetiva fortalecer a luta pelo direito ao aborto legal, seguro e gratuito.

Esses retrocessos e obstáculos sinalizados devem ser vistos como violação dos direitos sexuais e reprodutivos, no entanto, é importante que eles sejam pensados à luz do debate de gênero, os quais são acentuados diante do cenário político recentemente vivido, de neoconservadorismo e de desmontes de políticas sociais.

Neste contexto, de acordo com Behring (2008), a tendência geral é a redução de direitos, e as políticas sociais são transformadas em ações pontuais e compensatórias.

Almeida (2020) denomina esse cenário como contexto ultraneoliberal, potencializado pelo neoconservadorismo, e ressalta que tem-se como respostas às políticas sociais:

restrições orçamentárias e redistribuição do fundo público para o mercado privado, privatizações, retração da regulação do Estado, refilantropização das políticas sociais e agudização das expressões da questão social. Um novo homem médio é necessário para aceitar tantas e tão graves perdas, uma das formas de fazê-lo é através de mentiras que o façam crer que essa agudização e intensa precarização da vida são consequências do “uso de drogas”, da “ideologia de gênero”, “dos/as homossexuais que contrariam as leis de deus”, “das cotas que privilegiam negros”, “dos macumbeiros”, “das mães desnaturadas que fazem aborto”, “dos favelados”, “dos quilombolas”, “dos estrangeiros”, “dos índios vagabundos”, “dos defensores de direitos humanos defensores de bandidos”, “dos comunistas”, “dos ecologistas que tocam fogo na floresta” (ALMEIDA, 2020:28).

Todavia, essas ausências de investimentos para a garantia dos direitos podem acarretar no aumento da vulnerabilidade dos sujeitos, majoritariamente das mulheres negras, de classes sociais mais desfavorecidas e de determinadas regiões do país, que precisam recorrer às redes de serviços às mulheres em situação de violência e se deparam com a precarização dessas instituições e muita burocratização. Ou seja, o campo das políticas públicas de gênero também é afetado, sobretudo em casos de aborto previsto em lei.

No próximo capítulo será ressaltado o perfil de uma unidade de saúde que

³³Os conteúdos da RASPDD podem ser acessados no Instagram (@raspdd) e via link: <https://linktr.ee/raspdd>.

realiza interrupções de gravidez em casos de estupro e serão analisadas as percepções dos(as) profissionais da equipe multiprofissional, acerca das questões que envolvem a interrupção de gravidez em decorrência de estupro.

CAPÍTULO 2- ABORTO LEGAL EM DECORRÊNCIA DO ESTUPRO: UMA EXPERIÊNCIA NO IFF/ FIOCRUZ

São apresentados neste capítulo os resultados da pesquisa após realização de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais da Área de Atenção Clínico-cirúrgica à Gestante do IFF que atendem mulheres que interromperam a gestação após terem sofrido estupro. Estas foram analisadas à luz de estudos científicos e de leis vigentes, assim como exposto nos itens a seguir.

2.1 - Metodologia

Realizou-se no presente estudo uma pesquisa exploratória, descritiva, de natureza qualitativa. Segundo Minayo (1993), as pesquisas de natureza qualitativa buscam trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes e opiniões observando, nesta perspectiva, a importância dos significados que os sujeitos atribuem às suas percepções e vivências. A abordagem qualitativa se atenta a um nível de realidade que não pode ser quantificado, evidenciando a compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (MINAYO & SANCHES apud SERAPIONI, 2000).

Conforme ressaltado por Minayo (2012), a pesquisa qualitativa apresenta três etapas. Sendo assim, na primeira etapa foi realizada a fase exploratória, que consiste no levantamento de estudos científicos³⁴, das leis em vigor, das portarias e das resoluções, relacionados à temática. Nesta etapa foi utilizado o recurso à pesquisa bibliográfica, de um lado e, de outro, a análise documental no caso da legislação.

A fim de discorrer o contexto histórico do aborto legal por violência sexual no cenário brasileiro, entre as legislações utilizadas estão: o Código Penal de 1940; a Portaria nº 1.508 de 1º de setembro de 2005 sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez; a Lei nº 12.845/2013, que normatiza o atendimento emergencial, integral e multidisciplinar para vítimas de

³⁴Este levantamento foi iniciado com a pesquisa no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), conforme apresentado acima no primeiro capítulo e seus resultados constituem o Apêndice 1, como também já foi colocado.

violência sexual nas unidades do SUS; a Portaria nº 528/2013; a norma técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes; entre outras que puderem surgir.

Em relação ao método de análise documental, segundo Bowen (2009), ele é um procedimento sistemático que tem o intuito de revisar ou avaliar documentos de material impresso e eletrônico. Este método “favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros.” (SÁ-SILVA et. al., 2009:2).

Na segunda etapa, realizou-se o trabalho de campo. Tanto para responder o objetivo de refletir o fluxo de atendimento do IFF às mulheres que chegam para interromper a gestação por terem estado em situação de estupro, quanto para analisar a percepção dos profissionais de saúde acerca das questões que envolvem a interrupção de gravidez em decorrência do estupro. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais da equipe multiprofissional (obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e psicólogo³⁵) da Área de Atenção Clínico-cirúrgica à Gestante do IFF que atendem as mulheres que chegam para realizarem a interrupção de gravidez em decorrência de estupro, com intuito de aprofundar o objeto de estudo, por meio da identificação de como esses profissionais vivenciam e interagem com a temática em questão.

A escolha por entrevista semiestruturada ocorreu pela possibilidade de maior exploração do tema por meio do diálogo com os profissionais entrevistados, visto que ela possibilita que o participante aborda a experiência acerca da temática proposta, tenha voz, a partir do foco sugerido pela pesquisadora. Visto que:

A entrevista semiestruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004:50).

³⁵Será adotado o critério que consta na Portaria nº 1.508 de 1º de setembro de 2005, sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez, o qual consiste em obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogos.

Além disso, é no cotidiano que as contradições e as disputas das políticas sociais são vislumbradas, dessa forma, acredita-se na importância de ouvir os profissionais que as executam, visto que eles são os protagonistas na efetivação do direito ao aborto legal em casos de violência sexual.

Dessa maneira, foram realizadas entrevistas individuais, de forma presencial no IFF, a partir de um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE II). Elas foram gravadas na forma de áudio, com prévia autorização dos entrevistados, e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora.

Foram apresentados aos participantes da pesquisa os objetivos do estudo, garantido o caráter de sigilo de suas informações e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice III), o qual após o aceite de participarem foi assinado pelos participantes, a fim de garantir a privacidade deles e o direito à confidencialidade, utilizou-se um código alfanumérico (A1, A2, A3...A7).

Essa fase da pesquisa foi desafiadora, por ter sido realizada no meu ambiente de trabalho e com pessoas próximas, sendo preciso separar o lugar de pesquisadora e de profissional do setor. Porém foi uma experiência enriquecedora, a maioria dos participantes convidados demonstraram-se bem dispostos a participar. Acredito que esta facilidade tenha sido pelo fato do Instituto ser uma instituição de pesquisa, ensino e assistência, e por isso o reconhecimento da importância desse tipo de iniciativa.

As entrevistas foram realizadas no período de novembro e dezembro de 2022 até janeiro de 2023. Em função do recesso do final do ano, a Copa do Mundo e as férias dos trabalhadores, houve certa dificuldade para a execução das entrevistas, inclusive, também foi preciso observar a rotina de trabalho intensa da área da saúde, para não interferir na assistência aos usuários.

E, por fim, na terceira fase, realizou-se a sistematização dos dados, e a produção teórica escolhida para o estudo é a análise de conteúdo na modalidade temática, que consiste na explicitação e na sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão desse conteúdo (BARDIN, 1977). Segundo Minayo (2010), a análise de conteúdo baseia-se em encontrar o núcleo de sentido que constitui uma comunicação, cuja presença ou frequência tenha algum significado para o objeto analítico visado.

Sendo assim, após a transcrição das entrevistas foi realizada uma leitura de cada uma e a organização do material empírico, identificando os sentidos atribuídos pelos profissionais entrevistados em cada parte da entrevista, os quais foram colocados em uma tabela de word, para facilitar a visualização e destacado de diferentes cores de acordo com temas. Posteriormente, esses núcleos centrais foram agrupados, assim como abordado por Gomes (2013), buscou-se os temas que se referem a uma unidade maior em torno do qual se tira uma conclusão.

Cabe sinalizar que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira, obtendo aprovação através do CAAE: 59162722.3.3001.5269 e ao CEP da Universidade Federal Fluminense (UFF), também com aprovação através do CAAE: 59162722.3.0000.8160.

2.2 - Resultado e discussão

2.2.1 O campo de pesquisa e sua caracterização

A pesquisa foi realizada na Área de Atenção Clínico-cirúrgica à Gestante do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), que é uma instituição de assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Sua missão é “Promover saúde para mulher, criança e adolescente e fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS).” (IFF/FIOCRUZ, 2022).

O Instituto foi fundado em 1924 e é uma unidade da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sendo reconhecido em 2006 como hospital de ensino (Portaria Interministerial MS/MEC 44, 2009) pelo Ministério da Educação e, em 2010, como Instituto Nacional pelo Ministério da Saúde, recebendo a denominação de Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, e partir de então, começou a assumir a atribuição de órgão auxiliar do Ministério da Saúde na tarefa de desenvolver, coordenar e avaliar as ações integradas, direcionadas à área da saúde desse público em âmbito nacional (IFF/FIOCRUZ, 2022). Além disso, também se compromete com a promoção da melhoria das condições de vida e saúde das mulheres no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

No que tange a atenção à saúde, ele presta assistência de média e alta complexidade nos níveis hospitalar, ambulatorial, domiciliar e realiza procedimentos diagnósticos e terapêuticos com enfoque em ações especializadas na saúde da mulher, da criança e do adolescente.

Conforme exposto no Regimento do Interno do IFF, a instituição se organiza por meio de um modelo de gestão participativa e multidisciplinar aplicado à saúde e levando em consideração as questões humanas, a equipe multiprofissional atua de forma integrada em: 5 áreas: Área de Atenção Clínico-cirúrgica à Mulher; Área de Atenção Clínico-cirúrgica à Gestante; Área de Atenção Clínica ao Recém-Nascido; Área de Atenção Clínica à Criança e ao Adolescente; e Área de Atenção Cirúrgica à Criança e ao Adolescente; 2 Centros de Referência: Centro de Genética Médica e Banco de Leite Humano (BLH); 6 Coordenações Diagnósticas e Terapêuticas: Anatomia Patológica; Central de Material e Esterilização (CME); Farmácia; Hemoterapia; Patologia Clínica; e Radiologia; 2 Núcleos: Núcleo Interno de Regulação (NIR) e Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH); 8 Responsabilidades Técnicas: Enfermagem; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Medicina; Nutrição; Saúde Mental; Serviço Social; e Terapia Ocupacional; e 6 Ações e Programas: Núcleo de Apoio a Projetos Educacionais e Culturais (Napec); Novos Caminhos; Núcleo de Apoio a Profissionais que 43 atendem crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos (NAP); Saúde e Brincar; Amigos do Figueira e Instituto Refazer. (IFF/FIOCRUZ, 2022)

Em relação a Área de Atenção Clínico-cirúrgica à Gestante ela possui atendimento ambulatorial com pré-natal, 14 leitos de alojamento conjunto e 12 leitos de enfermagem para gestantes, e teve a assistência obstétrica, por meio da Medicina Fetal, reconhecida como referência para risco fetal no Sistema Estadual de Gestação de Alto Risco.

O Instituto é referência no atendimento de risco fetal e neonatal, isto é, risco avaliado a partir das condições de risco materno e da pesquisa de vitalidade, maturidade, desenvolvimento e crescimento fetal; e risco avaliado a partir da conjugação de situações de riscos sociais e pessoais maternos com as condições do recém-nascido, com maior risco de evolução desfavorável de sua saúde(BRASIL,2013). Por isso, sua estrutura é voltada para suporte em casos em que o risco seja para o bebê, uma vez que o hospital não possui estrutura para situação de alto risco da mulher, como um CTI adulto.

Devido a esta característica, são realizadas interrupção de gravidez no Instituto apenas em situações de estupro e em gravidez de feto anencéfalo ou anomalia fetal que comprometam a vida extrauterina do feto. Essa restrição ocorre, devido ao perfil do Instituto, que como apresentado acima, não dispõe de estrutura para situação de alto risco da mulher, o que impossibilita realizar a interrupção em situação de risco à vida da gestante.

Vale ressaltar que a porta de entrada para pré-natal do IFF é a Central de Regulação- Sistema Nacional de Regulação (SISREG) ou Sistema Estadual de Regulação (SER), enquanto a maternidade é aberta, ou seja, atende toda as mulheres gestantes que precisam de atendimento. É referência para gestantes vinculadas ao Programa Rede Cegonha³⁶, que tem como principais objetivos humanizar e garantir o melhor cuidado para mãe e para o bebê – desde o pré-natal até o parto.

Nos casos de violência sexual, a maternidade também funciona com a dinâmica de “porta aberta”, realizando o atendimento no setor de admissão da maternidade e posteriormente encaminhando a mulher para o ambulatório de ginecologia ou de pré-natal, este último, em caso da violência ter resultado em gestação.

2.2.2 Caracterização dos participantes

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 7 profissionais (1 assistente social, 2 enfermeiros, 1 médico anestesista, 2 médicos obstetras e 1 psicólogo) da Área de Atenção Clínico-cirúrgica à Gestante do IFF que atendem interrupção de gestação em caso de estupro, partindo das profissões que constam na Portaria nº 1.508 de 1º de setembro de 2005.

A escolha da amostra, nas categorias em que possuíam mais de um profissional, deu-se por meio de um sorteio. Para tanto, foram listados todos os profissionais, separados por categorias e setor da Área de Atenção Clínico-cirúrgica à Gestante que estão lotados (pré-natal, enfermaria de gestante e centro obstétrico). Posteriormente, o(a) profissional foi convidado (a) para

³⁶Mais informações sobre o Programa disponíveis em: <<https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/cegonha-carioca>>. Acesso em: 05 de abril de 2023.

participar da entrevista, onde o TCLE era lido e explicado, assim como, o roteiro da entrevista.

Desse modo, sorteou-se um(a) obstetra do pré-natal e um(a) da internação, que também atua no Centro Obstétrico; uma psicóloga; um (a) anestesista; uma enfermeira do pré-natal, outra da enfermagem de gestante e a terceira do Centro Obstétrico.

Vale ressaltar que foram convidadas 2 enfermeiras que não demonstraram interesse em participar, com relato de não ter atendido casos de interrupção de gestação por estupro. Acredita-se que isto pode estar relacionado com o desconforto que o tema pode trazer e a dificuldade de falar a respeito.

Outra questão, é não ter sido feito sorteio de assistentes sociais, pois uma das profissionais é a autora deste estudo e outra auxiliou o processo de seleção fazendo parte da banca de qualificação; dessa exclusão, a entrevistada foi quem não estava nesse envolvimento, visto que a Área conta com apenas 3 assistentes sociais.

Cabe salientar que os profissionais foram identificados com código alfanumérico (A1, A2, A3... A7) e não identificou-se por categoria profissional, a fim de não correr o risco da quebra de sigilo e a possível identificação dos participantes.

Conforme dito, participaram do estudo 7 profissionais de saúde, sendo 5 do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Deste quantitativo, 6 se autodeclararam brancos e 1 pardo. Quanto ao estado civil, 1 declarou que possui união estável, 3 são solteiros (as) e 3 são casados (as). Em relação à religião, 2 se declararam católicos; 2 evangélicos e 3 verbalizaram não terem religião.

No que diz respeito à formação, observa-se que é uma equipe especializada, tendo em vista que todos possuem ao menos curso de residência em saúde dentro da respectiva área. Destes, 3 também finalizaram o mestrado e 3 concluíram o doutorado, o que demonstra que possuem qualificações dentro das suas áreas de atuação. Todavia, nenhum dos (as) participantes verbalizaram ter feito curso ou especialização direcionado ao tema aborto, 1 deles sinalizou ter participado de Fórum sobre a temática e outro ter realizado cursos em que a temática aparecia, mas não era o tema central.

Sobre o tempo de formação, 2 estão formados (as) de 6 a 10 anos, 2 de 11 a 20 anos e 3, mais de 20 anos. Esse tempo de formação pode acarretar em

uma maior maturidade profissional dos entrevistados. Quanto ao regime de trabalho, 2 participantes são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e os demais (5) são servidores públicos, ou seja, possuem vínculos diferentes.

Diante de inúmeras leituras e da análise das entrevistas, elencamos 3 núcleos temáticos para compor a dissertação, sendo eles: a) a percepção dos profissionais quanto aos atendimentos às mulheres que sofreram estupro; b) os fluxos de atendimento às mulheres que sofreram estupro; e c) os entraves para realizar o aborto legal: entre o desejo da mulher e a viabilidade fetal.

2.3 - A percepção dos profissionais quanto aos atendimentos às mulheres que sofreram estupro

É um atendimento muito difícil, algumas vezes você percebe, a vulnerabilidade, as dificuldades desse processo na fala delas, outras vezes, a grande maioria das vezes, que elas chegam aqui, elas já chegam em uma gestação em curso, então, já o processo que envolve também outras dificuldades, porque já é uma gestação e não é só uma violência e o estupro. Já é uma gestação decorrente da violência. Já se passou algum tempo, ela já elaborou a questão da violência, pelo menos no primeiro momento, não é? (A3)

A gente fica abalada, né? É triste ver a história de uma pessoa que viveu uma violência. Principalmente a sexual, que é uma coisa tão íntima e a pessoa passar por isso. Algumas meninas que eu atendi eram até jovens demais. E aí a gente vê que é uma coisa que vai trazer várias repercussões para a vida da pessoa né? que é uma coisa inesquecível... Então, eu acho que é um atendimento difícil, mas que a gente que é da área da saúde, a gente acaba se habituando a fazer pela nossa profissão mesmo, não é? (A2)

É um atendimento difícil, assim... porque, somos mulheres atendendo outras mulheres, violentadas e como a gente vive numa sociedade machista, sociedade onde a gente é exposta a abusos cotidianos, que muitas vezes, pode ser um estupro, mas pode ser um abuso mais leve também. É difícil lidar com isso, pessoalmente e num atendimento a gente se envolve, a gente tem uma escuta empática, a gente se coloca um pouco no lugar daquela mulher. E eu acho que isso faz um atendimento, ser um atendimento denso e difícil nesse sentido, né, afetivo. (A5)

(...) foi bem tenso, é difícil, eu acho muito difícil, porque assim, a gente está trabalhando com questão de violência, nós somos mulheres, a gente acaba vivendo aquela tensão, aquela... O relato daquela mulher de alguma forma nos afeta. Somos mulheres, vivemos em uma sociedade preconceituosa, machista, onde é muito difícil ser mulher, então assim.. Por isso é tão difícil o atendimento de violência, é difícil ver aquele sofrimento dela, então de alguma forma não te tocar aquele atendimento, então assim, não é fácil! Não vou dizer que é fácil, porque não é. (A6)

Na maioria das falas das participantes mulheres, foi verbalizado ser um atendimento bem difícil, por tratar-se de violência e ser um tipo de violência que é tão íntima e que irá trazer diversas repercussões na vida daquelas mulheres que a sofreram. Quando o estupro resulta em gravidez se torna uma problemática ainda maior para a vida daquela mulher, de grande sofrimento, desorganizações em vários sentidos, com consequências físicas, psíquicas e sociais, assim como presente no capítulo anterior (GIUGLIANNI et al, 2021; MADEIRO e DINIZ, 2016).

Conforme exposto por duas participantes, essa dificuldade pode estar atrelada a sensibilização por serem mulheres e saberem o quão difícil é ser mulher neste sistema capitalista, machista e patriarcal, que diante da questão de gênero, muitas vezes encontram-se em situações de violência simplesmente por serem sujeitos do sexo feminino. Sendo assim, observa-se uma proximidade e empatia das participantes com as mulheres atendidas, o que pode ser um elemento a fazer com que esse atendimento seja ainda mais complicado para as profissionais. Por outro lado, não quer dizer que pelo fato da profissional ser mulher exista necessariamente a empatia ou a suposta sororidade. Mulheres também podem ter outro olhar, de julgamento e preconceito, tendo em vista que existem mulheres conservadoras, afinal, é difícil sair da cultura que nos rodeia.

Um fato curioso foi que nenhum participante homem colocou sua percepção/ sentimentos quanto ao atendimento em si: um deles não conhece e não soube dizer mais profundamente a respeito, e o outro abordou sobre a lei, os avanços, como vê o atendimento sendo realizado no IFF e alguns limites, porém não respondeu sobre esta questão diretamente.

Assim como apresentado no capítulo anterior e presente nas falas dos (as) participantes, a violência ocorre com mulheres de todas as cor/raça, classe social, nível de escolaridade. Todavia, a partir de dados de pesquisas (ISP, 2021), as mulheres negras são as mais vulneráveis de sofrerem violências, assim como a questão do aborto, o que observa o quanto esse corpo é visto e usado como objeto.

É muito difícil ser mulher na nossa sociedade e ainda há uma diferença, é mais difícil ser uma mulher pobre. Não to dizendo que o SUS é pra pobre, mas olha só, os abortos, casos de aborto, de estupro que

chegam até a maternidade, ele tem um corte racial, de classe.. Muito grande. Porque quem vai chegar à maternidade pública vai ser a mulher pobre, a negra, enfim... (A6)

Como se depreende da fala dessa entrevistada, este é o perfil esperado para chegar ao serviço de saúde público, principalmente relacionado ao estupro visando o aborto legal: mulheres pobres e negras. Quando esse perfil se altera, é algo que desperta atenção, assim como dito por uma das participantes sobre seu primeiro atendimento realizado no Instituto:

Era uma mulher branca, de classe média e que tinha formação, até formação de graduação e trabalhava (...) Ela era aqui do Rio, morava na zona sul, por isso que eu achei bem forte. Porque mesmo ela tendo uma escolarização, tendo todo o conhecimento, o quanto isso é traumático para qualquer mulher. Seja ela da classe média, da classe baixa, da classe alta, não tem classe, né? É algo que realmente é um trauma psíquico muito grande, isso bloqueia qualquer pessoa, qualquer mulher. Então eu acho que ela tinha todas as informações, mas ela teve um bloqueio emocional. Ela não conseguiu buscar ajuda. A não ser quando realmente ela viu que ela estava grávida (...) (A5)

Acredita-se que por se tratar de casos permitidos por lei, esse perfil de mulheres, com mais escolaridade, podem ter mais informações sobre o direito, logo, mais acesso aos serviços existentes. Outra questão que também pode ter facilitado para uma mulher com este perfil ter chegado ao Instituto pode estar atrelado ao IFF ser uma instituição de renome e pertencente a Fiocruz, além da sua localização ser na zona sul do Rio de Janeiro. Talvez se estivesse situado em outras localidades, como bairros mais periféricos, isso não acontecesse.

Assim como tenho observado enquanto assistente social do IFF é que muitas mulheres próximas a este perfil (branca, de camadas médias) buscam os atendimentos para realizar a interrupção. Este ponto vai ao encontro do estudo de Madeiro e Diniz (2016), no qual apresenta que, apesar de nas estatísticas as mulheres negras serem aquelas que mais sofrem violência sexual no Brasil, os dados da pesquisa apontam que 51% das usuárias que acessaram os serviços de referência nas duas últimas décadas para o aborto eram mulheres brancas e mais de 50% dessas mulheres tinham maior escolaridade (ensino médio ou superior)³⁷.

³⁷Esta questão não será abordada profundamente, tendo em vista que não é o objetivo desta dissertação, porém poderá ser aprofundado em estudos posteriores.

Segundo Giugliani et al (2021), isto demonstra as barreiras enfrentadas por mulheres que buscam seus direitos e as diferentes vulnerabilidades produzidas pelas desigualdades de raça/ cor e classe social. Ou seja, a informação sobre o direito não chega da mesma forma para todas as mulheres, as intersecções de categorias como classe social, raça/cor e escolaridade interfere no acesso ao direito ao aborto legal.

Outro ponto sinalizado pela participante é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde após a violência sexual, ainda que aquela mulher atendida tenha escolaridade e possa ter consciência da importância dos primeiros atendimentos para profilaxia e até mesmo evitar a gestação.

As barreiras que podem influenciar essa mulher e muitas outras a não chegarem às unidades de saúde de imediato podem estar atreladas ao sentimento de envergonhamento mediante o ocorrido e ao receio de serem julgadas. Inúmeras vezes as mulheres são culpabilizadas por terem sofrido violência, como se tivessem provocado o agressor (Brasil ONU, 2016). Esta posição vai ao encontro com outros (as) autores (as) como Guimarães e Ramos (2017) e Machado et al (2015), Lima, Laroca e Nascimento (2019). Ainda:

As mulheres referiram que a experiência da violência sexual foi muito impactante e comprometeu sua capacidade de buscar qualquer forma de ajuda. O principal desejo após vivenciar a violência sexual foi o de não divulgar a situação sofrida e, com isto, fazer com que o evento fosse esquecido. (...) Todas referiram desconhecer a existência de programa de atendimento à mulher vítima de violência sexual, não sabiam da importância das medidas de emergência, bem como do direito legal à interrupção de gestação. A busca de ajuda aconteceu apenas após a descoberta da gravidez, sendo que a gestação apareceu como fator denunciante da violência sexual. (MACHADO et al, 2015:348).

Segundo Guimarães e Ramos (2017), a procura de ajuda na rede assistencial pode ser vista como mais um agravo resultante da violência, tendo em vista que pode acarretar em temor e constrangimento, e por isso muitas mulheres não buscam assistência e nem realizam as profilaxias. Além disso:

Mulheres que vivenciam violência sexual, em geral, sentem-se sozinhas, expostas e vulneráveis. Essa condição é agravada em casos de mulheres muito jovens, dependentes economicamente, ou que vivenciam discriminação racial, religiosa ou de orientação sexual. Sentimento de medo, vergonha de se expor e temor de ser considerada culpada pela ocorrência da violência também se tornam barreiras para a busca do atendimento (GIUGLIANI et al, 2021:69).

Dessa forma, podem ser observadas as dificuldades das vivências das mulheres que sofreram violência sexual e a importância do atendimento humanizado, seja no acolhimento ou na prevenção de novas revitimizações e violência institucional.

No entanto, é necessário que as unidades de saúde tenham estabelecido fluxos de atendimento, de forma a diminuir a exposição delas quando chegam nesses serviços, sendo este o tema do próximo item.

2.4 - Fluxo de atendimento no IFF: limites e possibilidades

Em relação ao fluxo institucional para atender as mulheres que chegam ao IFF após sofrerem estupro, dos 7 participantes, 4 tinham conhecimento da existência dele no Instituto e 3 participantes relataram desconhecer, porém destes, 2 verbalizam saber como o atendimento é realizado na prática, mas não a existência de um fluxo institucionalizado.

Existe. Ele funciona que essa mulher vai na maternidade e faz todo o protocolo de atendimento imediato, sorologia, a contracepção de emergência, e depois disso, se ela estiver grávida, ela é encaminhada para o ambulatório de pré-natal. Se ela não estiver grávida, ela é encaminhada para o ambulatório de ginecologia. No caso das mulheres que já chegam com a gravidez confirmada, ela é atendida, atendida no plantão e encaminhada ao ambulatório de pré-natal. Nesse ambulatório de pré-natal ela é atendida por uma equipe interdisciplinar de médico, psicóloga, assistente social e enfermeira, a gente atende de forma conjunta ou no máximo desses profissionais. Às vezes a gente não consegue contemplar todos. Mas a gente faz uma entrevista, preenche todos os termos legais que têm que ser preenchidos, oferece a possibilidade dela interromper ou um pré-natal de forma adequada, ou adoção da criança, caso ela não queira aquele bebê. Então, dá essas possibilidades e apoia ela na decisão (...) (A1)

É o fluxo que o Ministério da Saúde manda, ela é atendida por um obstetra. Depois, ela vai a uma equipe multiprofissional, com uma enfermeira, uma assistente social, um psicólogo, para fazer essa avaliação, para definir a relação de causa e efeito, da idade gestacional e o momento da violência. Tem que assinar todos os termos necessários e aí sim se programa a internação. Em caso de exceção, onde a gente considera que existe uma demanda psicológica, uma vulnerabilidade social, a gente interna para que isso seja feito internado, mas o ideal é que esse processo seja feito em nível ambulatorial, até para dar tempo dela elaborar e tomar a decisão de uma forma tranquila e responsável. (A3)

Sim. Primeiro atendimento, normalmente a demanda chega via admissão, paciente chega direcionada para a admissão já com essa

demanda, ou essa queixa de violência. Ou, teve um caso recentemente que veio via atenção primária, mas não é muito usual. Depois ela deu encaminhamento para o ambulatório que é realizada quinta-feira, que vai fazer o atendimento psicossocial, e o atendimento para a avaliação da causalidade, donexo causal e a avaliação para o parecer, assinar os termos e ter o parecer que confirma que está dentro do protocolo legal do aborto por violência e aí assim é encaminhada pro procedimento. (A4)

Entre as que desconheciam a existência do fluxo institucional estabelecido, uma sinalizou que na prática:

(...) existe um acolhimento, um cuidado, a gente já sabe mais ou menos como funciona, como tem que ser (...) pelo que eu sei, ela passa no atendimento na admissão, que é a emergência da maternidade, quando for o caso né? Se for um caso de violência recente, né? Seja algo que precise daquele atendimento. É de urgência? Essa paciente, ela vai ser examinada, encaminhada para fazer as sorologias, para saber dos direitos dela e para pegar os medicamentos para evitar uma infecção pelo HIV ou tomar outras medicações para evitar outras infecções. E aí depois também para evitar a gestação, né? Vai ser encaminhada para segundo essa linha e depois vai ser agendada para ambulatorialmente e fazer um acompanhamento social, um acompanhamento psicológico e tal. Eu entendo que funciona assim. Até onde eu sei, existem dias específicos, médicos específicos e equipe multiprofissional específica que em alguns dias da semana faz esse tipo de atendimento e que vai dar o segmento necessário. (A2)

Apenas um não tem conhecimento nem sobre a existência do fluxo e nem de como são feitos os atendimentos.

Já foram feitas algumas interrupções judiciais, muito mais por malformações. Não me lembro de nenhuma que tenha vindo por conta de estupro já com ordem judicial para interromper. Não sei qual seria o fluxo, quem estaria na primeira frente, no primeiro atendimento a esta paciente, não sei nem quem seria o indicado. Não seria eu, obviamente. Não sei se tem, mas pode haver, pode ser só falta de conhecimento meu, mas para mim pouco importa. (A7)

Segundo Giugliani et al (2021), cada serviço de saúde organiza seu fluxo de forma a atender suas rotinas e demandas, porém o foco desses atendimentos devem estar sempre voltados para “o acolhimento e o cuidado de saúde da mulher: sua história, seu sofrimento, seus sintomas clínicos e/ou psíquicos” (p-65). Dessa forma, observa-se que há um consenso entre a maioria dos participantes sobre o fluxo de atendimento, o qual possui a preocupação de realizá-lo de forma humanizada e em equipe multiprofissional, de forma que aquela mulher não seja revitimizada, o que está em consonância com a Portaria e a Norma Técnica do Ministério de saúde.

A Portaria nº 1.508 de 2005 preconiza a necessidade de ter uma equipe multidisciplinar para esses atendimentos de interrupção de gestação em casos de estupro, sendo responsabilidades de todos (as) os (as) profissionais da saúde e desejável que a equipe para atendimento seja composta por médicos(as), psicólogos(as), enfermeiros(as) e assistentes sociais. Prevê, ainda, que o atendimento será realizado em 4 fases, assim como abordado no capítulo anterior: na primeira fase ocorre o relato circunstanciado do evento pela gestante, perante dois profissionais de saúde do serviço; na segunda fase, é feita 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 houver; na terceira fase, a gestante ou seu representante legal, assina o Termo de Responsabilidade e na quarta fase encerra-se com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, 2005).

A Norma Técnica também apresenta que é desejável a equipe seja composta por uma equipe de médicos(as), psicólogos(as), enfermeiros(as) e assistentes sociais, porém a falta de um ou mais profissionais na equipe – com exceção do médico(a) – não inviabiliza o atendimento. Ainda sinaliza a necessidade desses profissionais estarem sensibilizados para as questões de violências de gênero e que a “capacitação nessa área requer a disponibilidade do (a) profissional em perceber essa problemática como um fenômeno social capaz de produzir sérios agravos à saúde das mulheres e dos adolescentes” (BRASIL, 2005:19).

A fala dos (as) participantes leva a concluir que na prática existe um fluxo de atendimento estabelecido, porém ainda não institucionalizado. Isso faz com que ocorram algumas falhas de atendimento, tendo em vista que não são todos os profissionais que têm conhecimento sobre ele, por isso algumas vezes ocorre a quebra do fluxo de atendimento.

Inclusive, um dos participantes que verbalizou desconhecê-lo, tanto institucionalizado como o funcionamento na prática, referiu-se que não lembrava de nenhuma mulher que teria chegado com ordem judicial para interromper a gestação por questão de estupro, ou seja, além do desconhecimento do fluxo, também não sabe que não é mais necessário autorização judicial e do Boletim de Ocorrência, cujo foi extinto desde 2005, a partir da Norma Técnica- Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e

adolescentes. Isto mostra a fragilidade do fluxo e do atendimento no Instituto, o que pode levar a alguns entraves, como apresentado pelos participantes:

Ainda é um fluxo fragilizado no sentido de que, não são todos os profissionais que conhecem, não são todos os profissionais treinados. (...) ainda se tem muito preconceito e dificuldades em relação a esse tipo de atendimento, por conta da objeção de consciência. Nós já fizemos oficinas de sensibilização em relação à violência. Mas assim, não é um fluxo difundido e seguido por todos da equipe, todo mundo tem que falar a mesma linguagem enquanto equipe, e não se tem consenso, é muito complicado isso ainda. Aí começa com o fluxo e o outro não cumpre. E cada plantão faz do jeito que quer. (A1).

Apesar de ser casos que sempre é um problema, quando atendo violência. Sempre é um evento. Que a gente chama de evento. Mas um evento sempre complicado. (...) eu vejo que a gente tem mais dificuldade de ter fluxo estabelecido, em que todos os profissionais sigam todos os plantões. Que as pessoas compreendam realmente a necessidade daquele cuidado e tal. (...) na minha opinião, o problema é quebrar fluxo, fazer aborto de madrugada, parece que está se escondendo, que é para ninguém saber. Às vezes é para proteger a paciente de uma exposição, mas pra quem não sabe, pode soar estranho (...) E aí é onde eu entendo que já começa dar os problemas na assistência e na gestão desse cuidado. (A2)

Houve um avanço nos últimos anos, acho que teve uma estruturação para receber essas mulheres, alguns anos atrás nem se quer dava continuidade no atendimento aqui, a gente fazia somente o atendimento da VVS (Vítimas de violência sexual) (...) sem precisar exatamente, mas antes um pouquinho da pandemia pra cá que a gente começou a fazer o atendimento do aborto legal em si. Então, por conta de um, surgiram os primeiros casos, e aí, depois que teve uma confusão maior com uns casos, e acho que também teve demanda do Ministério, que estruturou um atendimento ambulatorial, isso já melhorou bastante o fluxo de atendimento, mas a gente ainda tem problemas, hoje em dia mais na realização do procedimento em si do que na parte do fluxo. (A4)

Vale ressaltar que, conforme apontado por um dos participantes, é recente o serviço de interrupção realizado no IFF em casos de estupro, assim como exposto por Madjalieb (2020), até o ano de 2016 somente 2 (duas) maternidades no município do Rio de Janeiro realizavam o aborto legal em casos de violência sexual.

Dessa forma, antes do IFF começar a ser referência na interrupção de gestação às mulheres em situação de estupro, eram feitos os primeiros atendimentos quando elas chegavam com relato de estupro e depois elas eram encaminhada a uma das maternidades que eram referência, ou seja, tinham que percorrer à outra unidade de saúde, passar por outros profissionais e reviver mais vezes aquele sofrimento, por mais tempo, com diversas revitimizações.

Em relação a demanda do Ministério da Saúde relatada por A4, o Instituto recebeu em 2020 um Ofício da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para responder um questionário de "Monitoramento sobre Atendimento a Vítimas de Violência Sexual e Aborto Legal nas Maternidades do Rio de Janeiro", a fim de saber se a instituição realizava interrupção de gravidez em casos de estupro e como ocorriam esses atendimentos. Dessa forma, foram realizadas algumas reuniões entre os profissionais da Área de Atenção Clínico-cirúrgica à Gestante para responder e a partir disso iniciou-se a tentativa de elaborar um Fluxo de atendimento às mulheres em situação de estupro.

Todavia, foram encontradas algumas dificuldades, tendo em vista que essa elaboração deveria ser feita com um consenso entre os profissionais da Área de Atenção Clínico-cirúrgica à Gestante (maternidade e pré-natal) e Área de Atenção Clínico-cirúrgica à Mulher, o que não ocorreu, e por isso, até hoje é um fluxo que ainda não foi finalizado e institucionalizado.

Dessa maneira, nas falas dos (as) participantes percebe-se a preocupação com o fortalecimento e a disseminação do fluxo entre os profissionais de maneira que todos (as) da instituição tenham conhecimento e o sigam, desde a recepção na entrada da instituição até os profissionais da ponta, os quais realizam o procedimento em si. Acredita-se que isto pode evitar revitimizações, sofrimentos dessas mulheres que já chegam tão fragilizadas, carregadas de tantos medos, além de ajudar ter um acolhimento e atendimento mais humanizado. E isto é sugerido na Norma Técnica:

As unidades de saúde e os hospitais de referência devem estabelecer fluxos internos de atendimento, definindo profissional responsável por cada etapa da atenção. Isso deve incluir a entrevista, o registro da história, o exame clínico e ginecológico, os exames complementares e o acompanhamento psicológico. Os fluxos devem considerar condições especiais, como intervenções de emergência ou internação hospitalar (BRASIL, 2005:21).

Assim como apresentado por Madeiro e Diniz (2016), a ausência de informações dos profissionais a respeito da legislação e das políticas públicas faz com que ocorram muitas barreiras, prejudicando a qualidade do atendimento e por vezes a viabilidade da interrupção da gravidez.

Para além disso, é importante pensar se esses entraves estão atrelados somente a ausência de um fluxo efetivo, o qual os profissionais tenham

conhecimento, ou se pode ter influência da perspectiva moral e pessoal destes profissionais que atendem estas mulheres, pois como exposto por Marinho (2022), a perspectiva moral de profissionais de saúde pode dificultar que seja realizado um tratamento humanizado, com vistas a garantia dos direitos das usuárias, e isto pode impactar no atendimento as mulheres.

Além da perspectiva moral, outro ponto presente na fala de uma participante que dificulta esses atendimentos é a questão da objeção de consciência, que diz respeito ao fato de que, legalmente, um profissional não pode ser obrigado a prestar uma conduta que vá contra os seus valores individuais, ou seja, pode alegar conflito moral e não atender um caso de aborto legal (GIUGLIANI et al, 2021). Entretanto, o hospital tem uma responsabilidade com essas mulheres e tem a obrigação de disponibilizar um profissional que realize esse procedimento.

Conforme o Código de Ética Médico, item VII dos princípios fundamentais:

“VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente. (CFM, 2010)”

Contudo, chama atenção a fala de um dos participantes:

Não que eu tenha alguma coisa contra, a minha oposição é de outro nível, não é religioso, não é nada contra que a pessoa não queira, já que diz, “meu corpo minhas regras”, perfeitamente... por outro lado, um indivíduo que não foi, é... não pediu para estar, mais agora você é responsável por ele, e agora você vai se livrar dele? A lei permite? Ela fez no carnaval e se arrependeu, e agora se livra do problema. (...) O alvo quem é? é a mãe ou a criança? Quem é o objetivo do atendimento? (...) Se eu desconfiar, se eu ficar muito incomodado... eu posso sair por essa tangente ne? De alegar problema de consciência e não fazer. Não que eu tenha problema de consciência, mas é porque a coisa de querer me enganar, me enrolar, é.. me dar uma rasteira, no dizer mais simples, vai incomodar. Então não. Se a pessoa chegar e tentar explicar realmente, se me convencer, então, eu faço. Se me convencer realmente, eu até participo, não acho a melhor coisa, mas eu aceito. Mas quando vem com a tentativa de “dar uma volta”, de enrolar e de mentir, ai não vai mesmo (A7).

Esta fala vai ao encontro com pesquisa realizada com ginecologistas e obstetras brasileiros, por Diniz et al (2014), que apresenta que 43% dos médicos

alegam objeção de consciência em casos que não tinham certeza que a mulher dizia que havia sofrido estupro. Ou seja, assim como exposto por esse participante a negação do atendimento não ocorreu por questão moral ou religiosa, e sim por desconfiança na fala da mulher, o que pode ter relação tanto com o medo das consequências legais contra ele ou até mesmo em relação ao tabu que o aborto por estupro representa (MADEIRO e DINIZ, 2016). E partir disto fica o questionamento para se pensar: afinal, do que se trata a objeção de consciência?

Observa-se na fala deste profissional a tentativa de controle do corpo da mulher, como se quisesse decidir por ela, por estar na posição de profissional de saúde e sua opinião tivesse o direito de interferir na interrupção da gravidez, além de julgá-la e querer dizer se aquela mulher está dizendo ou não a verdade sobre o estupro.

Conforme apresentado pelos participantes, observa-se que a falta de clareza do fluxo faz com que cada profissional que esteja de plantão realize o atendimento de uma forma, muitas vezes ocorrendo a “quebra do fluxo”, e a partir disto ocorrem os “problemas” entre os profissionais que acolhem e realizam o procedimento. Ou seja, aqueles inseridos no Centro Obstétrico (CO), que realizam o procedimento da interrupção da gestação, muitas vezes se sentem “enganados”, com dúvidas se aquele aborto realmente é decorrente de estupro. O que vai ao encontro com o estudo:

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. (FARIAS e CAVALCANTI, 2012:1761).

Assim como presente em outra fala de um (a) dos (as) participantes:

Mas a gente sabe também, que por o aborto ser proibido em outras circunstâncias, algumas mulheres pode vir em algum momento, num desespero para não fazer o aborto em um local inseguro, acaba às vezes vindo com uma história que não condiz com o caso de violência. Nos dá a entender pela leitura que foi um caso consentido e que acabou vindo essa gestação, e aí alguns colegas não querem circular nesses casos, que foi consentido, somente nos que a gente percebe claramente que foi violência.(A2)

Entretanto, cabe salientar que é preconizado na Norma Técnica que a palavra da mulher ou do seu representante legal, que busca os serviços de saúde com relato de violência deve ser recebida com a presunção de veracidade, tendo credibilidade e ética, de forma a ser garantido o exercício do direito à saúde e não cabendo aos profissionais de saúde duvidar da afirmação da mulher (BRASIL, 2005). Ou seja, não cabe a mulher convencer os profissionais de saúde que sofreu um estupro e é digna de realizar o aborto legal, pois é um direito e deve ser garantido à mulher.

Dessa maneira, é necessário que os profissionais tenham conhecimento sobre as legislações vigentes, que vão além do ambiente institucional, para que não caiam na inviolabilidade do direito, e é relevante que saibam que podem responder juridicamente por isso. É importante o conhecimento do fluxo institucional dentro do IFF, a fim de que possam segui-lo e essas mulheres não sofram peregrinações e revitimizações dentro do Instituto.

Além disto, é importante refletir se a não realização do aborto por esses profissionais é por não saber se é um aborto legal, e ter receio por poder estar cometendo um crime, ou por se tratar de mulher, de estupro e de aborto decorrente dele? Essas indagações serão abordadas no item a seguir.

2.5 - Entraves para realizar o aborto legal: entre o desejo da mulher e a viabilidade fetal

Diversos autores ressaltam que as perspectivas mais morais podem ter cunho religioso (HEILBORN, 2012; CARVALHO, 2017), tendo em vista que, como apontado por Heilborn (2012), “(...) as denominações religiosas têm usado cada vez mais na defesa intransigente da condenação do aborto (em todos os casos), argumentação sustentada por ‘evidências científicas’ de que haveria vida desde a fecundação” (p.129). Contudo, não foi isso que, majoritariamente, encontrou neste estudo ao cruzar as falas com a religião.

Entretanto, um ponto que chama atenção – e que foi um ponto de vista mais apontado por aqueles praticantes de matrizes da religião cristã– refere-se a idade gestacional, assim como observado nas falas abaixo:

E muitas vezes passa do tempo, que deveria ser, que é o limite de 22 semanas. Isso é um grande problema, porque quando passa de 22 a gente também, enquanto profissional, dentro do instituto que a gente trabalha com prematuridade e faz toda uma assistência, interromper uma gestação avançada é muito complicado. Então isso é uma discussão que não está fechada. Antes de 22 semanas pra mim isso é super tranquilo. Que é, enquanto se constituem, se configura abortamento. A partir disso, é um feto viável, porque 22 semanas, pra gente, aqui do instituto Fernandes Figueira é um feto viável. Interromper uma gestação mesmo ela tendo esse direito, porque a lei não fala na idade gestacional, é muito complicado. Então, a partir de 22 semanas, eu não me sinto confortável nem de, assim, participar dessa situação. Entendo. Mas é muito complicado por ser um feto viável. Uma coisa é isso em um feto malformado, sem aquela perspectiva de vida. Mas no fato viável, me sinto muito desconfortável. Então sempre fica aquela dúvida, garantir o direito da mulher ou a viabilidade fetal. (A1)

Então assim, muitas vezes, pra gente que é técnico, então é abortamento, é um bebê, tem tanto peso, tem tanto da idade gestacional, a gente considera abortamento. Passou dali é parto. E a interrupção, eu acho que, esses conceitos na teoria, é uma coisa, na prática é outra. Então na prática, é um aborto, mas de um bebê já viável. Um bebê já em franco desenvolvimento (...) E aí eu acho que quanto mais velho o bebê, mais difícil as coisas ficam e às vezes a gente entende como, tipo assim, tirar a vida de um bebê, por desejo da mãe que sofreu violência. Mas quem sou eu para eu ficar falando se mulher está certa ou está errada. Eu acho um pouco complicado. Na prática é complicado, é difícil. Você fazer um procedimento nessas circunstâncias, não é uma coisa simples, agradável. Não conheço quem goste não. Na verdade, conheço até quem goste de fazer, porque acredita que está fazendo um bem para mulher. O que faz com muita tranquilidade, mas assim, passo por vários plantões e vejo que não é confortável para ninguém, mas assim, a gente tem que trabalhar, fazer o que tem que ser feito. (A2)

(...) muitas vezes ela chega aqui, inclusive numa idade gestacional avançada, cuja interrupção da gravidez pode ser desejada pela mulher, pode ser direito da mulher, mas mobiliza muito a equipe profissional também quando chega no período de viabilidade fetal. (...) quando tem uma idade gestacional mais avançada, isso demanda muitas discussões dentro de um grupo multiprofissional (...). Mas tratamento como esse, de interrupção de idade mais avançada, eu não acho nada simples e essa discussão não é só dos profissionais da saúde, ela é da sociedade. (A3)

Percebe-se que essa dificuldade em relação a idade gestacional avançada, como verbalizada pelos (as) participantes, pode ter relação com o perfil do IFF, que é referência no atendimento de prematuridade³⁸:

³⁸Um nascimento prematuro é aquele que ocorre antes da 37ª semana de gravidez. Nascimentos prematuros de alto risco são aqueles que ocorrem com 32 semanas de gestação, ou menos, de bebês com peso inferior a 1.500g. Os recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP, <1.500 g), (...) podem necessitar de atendimento em unidades de cuidados neonatais intensivos (UCNI) durante aproximadamente três meses (ZELKOWITZ, 2017:1).

A estrutura, organização e assistência desta área de atenção demonstram sintonia com as melhores práticas disponíveis baseadas em evidências científicas relacionadas ao atendimento dos recém-nascidos, principalmente os prematuros com peso de nascimento inferior a 1500 gramas e os recém-nascidos portadores de patologias cirúrgicas³⁹. (REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS NEONATAIS)

Diante do avanço tecnológico e do conhecimento na área da medicina, muitos bebês que antes nasciam antes do tempo e morriam, hoje estão sobrevivendo (IFF/ FIOCRUZ, 2014).

O que se deve enfatizar é que esta discussão sobre viabilidade fetal afasta as mulheres do controle do seu corpo, desconsidera o desejo delas e todo o sofrimento com o ocorrido. Diante disso, ficam algumas indagações como: Quando começa a vida? Quem deve definir sobre o tempo fetal?

Cabe salientar que não existe nenhuma Portaria e nem Lei que restrinja a idade gestacional. Apesar da Norma Técnica recomendar até 22 semanas de gestação, ou com feto pesando até 500g, não há nada que proíba, assim como como apresentado por dois dos (as) participantes:

(...) o aborto é usado como sinônimo de interrupção da gravidez. Mas isso cria um problema na questão, porque muitos entendem que então não teria um limite de idade gestacional para interrupção de gravidez em caso de estupro, por outro lado, as Portarias do Ministério não falam nada claramente. Os manuais, aí sim, o manual de 2020/ 2005.. ele tratava mais com 20 semanas. O manual, não a Portaria, então tem valor infralegal. (...) mas o próprio manual do Ministério da Saúde de 2022 deixa claro que não seria ilegal até 22 semanas e a definição do aborto é complicada, porque tem gente que define menos de 22 semanas, ou 500g, mas 500g é mais equivalente a 22 semanas, o 20/22 fica num limbo que ninguém sabe exatamente se é aborto, ou natimorto e etc. Mas fato é que hoje em dia, o manual mais recentemente acabou respaldando mais claramente as interrupções até 22 semanas. Agora, é ilegal idades gestacionais maiores? Não diria que tem nada que impeça isso, mas é uma questão delicada, que acho que vão ter discussões. (...) Mas eu concordo com o argumento que não tem nada da lei brasileira que impeça. (A4)

Eu acho que não tem que ter um limite de semanas. Eu acho que a gente não deveria ter um impedimento de data de gestação. A qualquer momento, deveria ser garantido esse direito de interrupção. Eu concordo mais com essa linha de interpretação. (A5)

Como apresentado no capítulo anterior, existem inúmeras tentativas e estratégias para domesticar a mulher, controlar o seu corpo e a sua sexualidade

³⁹REDE NEONATAL. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Disponível em: <<http://www.redeneonatal.fiocruz.br/index.php/iff-fiocruz>>. Acesso em: 27 de março de 2023.

(EMMERICK, 2008), e por isso se cria um dilema entre, “garantir o direito da mulher ou do feto”.

Segundo Heilborn (2012), a temática do abortamento voluntário é de grande disputa, tendo de um lado a busca pela legitimação da interrupção voluntária da gravidez em condições seguras como direito da mulher, reconhecendo sua autonomia sobre seu corpo e de outro, reconhecem que a vida se inicia desde a concepção, o que faz com que tenham a necessidade de assegurar o “direito” do feto.

Conforme relatado pelos participantes, essa questão acaba levando mal estar na equipe, visto que baseado em perspectivas morais ou pessoais, os profissionais querem escolher sobre a interrupção. Assim apresentado por Silva et al (2020) “por parte dos profissionais que lidam com a assistência direta e dos familiares surge o sentimento de censura e julgamento, onde as crenças religiosas e valores pessoais impedem a visão holística da mulher e de seus direitos sobre o próprio corpo” (p.13). Também como apresentado pelos participantes:

A gente já teve aqui situações, onde uma parte da equipe achava uma coisa, outra parte da equipe achava outra e não se colocou a mulher no centro dessa discussão. Então, assim ficou mais, tentando cada profissional se defender. Defender o seu CRM, defender o seu seu conselho ou o seu possível julgamento, do que realmente o direito daquela mulher. Então acho que essa parte também acaba sendo difícil, assim, nesses atendimentos. (A5)

O código penal ele não coloca a questão do estupro, ele não coloca 22 semanas. Mas a norma técnica coloca a questão de 22 semanas. Eu acredito que o corpo é da mulher e ela que tem que decidir. Decidir por ela. (A6)

Observa-se que entre os (as) participantes, que são profissionais da mesma Área de Atenção Clínico-cirúrgica à Gestante, existem diferentes posicionamentos em relação a essa questão, e um deles, apesar de achar “terrível você fazer uma interrupção de um bebê grande por essa causa” (A4), também afirma:

(...) mas eu entendo que existe uma falha no atendimento inicial que leva isso. Então a gente tem que analisar e ponderar cada situação. O que a gente observa é que esses casos mais tardios que chegam decorrem de informações equivocadas que foram passadas no

primeiro atendimento, ou foi negado, ou burocratizado, etc. Isso acabou levando uma gestação tardia. (A4)

Este ponto vai ao encontro com diversos estudos que abordam os obstáculos que as mulheres que engravidam fruto de estupro, enfrentam para garantir o direito de interromper a gestação, como: Giugliani et al. (2021), Mudjalieb (2020), Farias e Cavalcanti (2012), Madeiro e Diniz (2016) e Marinho (2022).

Outras dificuldades apresentadas por outros participantes foram:

eu acho que muitas vezes eu vejo as mulheres passarem por muitas instituições né? Eu acho que isso poderia ser algo modificado. Porque eu acho que as instituições acabam não resolvendo o problema, e essa mulher chega aqui às vezes já tendo passado por vários lugares. E, sendo re-traumatizada, porque a gente tenta minimizar o tanto de vezes que ela vai contar aquela história, mas se ela já passou por várias instituições, ela já está sendo traumatizada. Eu acho que deveria ser de uma forma menos peregrina, que as instituições tivessem mais preparadas para receber também e que isso fosse algo mais naturalizado dentro das instituições. Porque acho que tem um tabu, também, que vem junto. Então, tem profissionais dentro dessas instituições que não concordam e que fazem de tudo para impedir o aborto. Seja a partir de crença religiosa, seja a partir de crenças não religiosas. Mas eu acho que isso influencia negativamente, principalmente para essa mulher que sofreu essa violência e que sofre violência também nas instituições, quando ela chega para realizar esse direito, dela, que é a interrupção da gestação. Enfim, eu acho que isso ainda está muito longe de ser um modelo ideal se tratando de atendimento à mulher que sofre violências. (A5)

quantos casos que elas vão procurar e esse atendimento é negado, esse direito é negado, quantas mulheres que vão recorrer em uma maternidade, em outra, em outra... (...) aqui no Fernandes Figueira, o que eu vejo é que às vezes existe um preconceito em relação a essas mulheres, tanto quando internam, por exemplo, tem muito preconceito, muito burburinho... Olhares, aqueles olhares diferentes, aquelas conversinhas de corredor, mesmo que a gente faça de tudo para garantir o sigilo. (...) muitas vezes essas mulheres ficam aguardando muito tempo sem atendimento. (A6)

Observa-se que os entraves ocorrem desde o momento que essas mulheres começam a procurar atendimentos:

(...) percebe-se nos atendimentos que muitas mulheres em situação de violência sexual que chegavam à maternidade para realizar a interrupção de gravidez antes percorreram outros serviços socioassistenciais, inúmeras sofreram revitimizações, tendo em vista que verbalizavam a ocorrência da violência nos diferentes serviços em que percorreram. (MARINHO, 2022:228).

Diante disto, o que se percebe é a necessidade que exista um fluxo para além do IFF, que atinja instituições de outras políticas sociais, para que essas mulheres possam ser o quanto antes orientadas e encaminhadas ao IFF ou outros serviços de saúde que realizam o procedimento de interrupção de gravidez.

No IFF, ainda que tenha um fluxo minimamente estabelecido, como apresentado acima, com o atendimento multiprofissional com intuito de evitar a revitimização dentro da instituição, aparece na fala de uma das profissionais outros desafios internos, como a demora para atendê-las e os preconceitos de alguns profissionais.

No que diz respeito às legislações vigentes, como Portarias, Normas Técnicas, entre outras, dos 7 participantes, 6 verbalizam conhecê-las, ainda que alguns não as conheçam profundamente.

Sim. Acho que foi um avanço não fazer mais o boletim de ocorrência. Acho que nós temos que acreditar no que a mulher fala e garantir isso como direito. Acho que era uma exposição. Foi um avanço todas as maternidades terem que fazer, assim... oferecer esse serviço, porque antes era restrito aos hospitais Pedro II e ao Hospital Fernando Magalhães. Eram 2 polos no Rio de Janeiro, cidade. E foi um avanço isso ser estendido. (A1)

Conheço. Temos uma normativa que foi editada em 2005, que institui todo o trâmite para realização. Essa Portaria na época foi editada, no sentido de não se cair mais na exigência do boletim de ocorrência, que muitos locais exigiam e tudo mais. Então o Ministério, a época, criou uma normativa para ter um respaldo aos profissionais de saúde e tudo mais, em que você basicamente tem que ter aqueles termos todos (declaração, confirmação, atendimento que avalia onexo causal e o de concordância com a realização do procedimento em si), essa é a Portaria mais importante. (A4)

Eu não conheço profundamente. Eu sei as informações que são necessárias saber, assim, naquele momento, como essa coisa da semana de gravidez estar em conformidade com um evento narrado. O que eu acho um pouco questionável. Porque se a gente for olhar pelo ponto de vista psicológico, a mulher pode esquecer. (...) Então eu acho que não deveria ser um critério de exclusão. Eu acho que se a gente tem a perspectiva da verdade ser o discurso da mulher, se esse é o nosso caminho, eu acho que o que ela fala é a verdade (...) Então, eu acho que quando a gente recebe uma mulher que diz que sofreu violência sexual, a gente tem que encarar a verdade dela. Eu não concordo muito com esse critério de exclusão. (A5)

Conforme apresentado nos itens acima, dois pontos que foram dados ênfase pelos participantes são as Portarias e a Norma Técnica que ampliaram a oferta desse procedimento em mais hospitais, por meio da Portaria nº 528/2013.

Além da mudança de exigência para a garantia da interrupção, como o avanço de não ser mais exigido o BO para a realização da interrupção de gravidez em casos de estupro, a partir da Norma Técnica- Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes de 2005.

Entretanto, apesar de não ter mais essa exigência, e considerar a fala da mulher como presunção de veracidade (BRASIL, 2005), na prática, conforme presente numa pesquisa realizada por Diniz et al (2014), “não basta o texto da mulher; a verdade do estupro é construída no encontro entre os testes de verdade sobre o acontecimento da violência e a leitura sobre a subjetividade da vítima” (p.293). O que também pode ser observado na fala de alguns profissionais aqui entrevistados.

Com a extinção da necessidade do BO, os profissionais que atendem essas mulheres, principalmente os médicos, são colocados com uma figura de poder, os quais realizam uma perícia sobre a fala da mulher:

atualiza o dobramento do poder policial com o poder médico: os policiais saíram de cena (...) mas isso não significa que a investigação pericial pela verdade tenha desaparecido. Se nem todos os serviços fazem uso do jargão “nexo causal” ou “relação causal”, a expectativa de que o acontecimento do estupro possa e deva ser periciado pelas datas e exames é comum (...). (DINIZ et al, 2014:294).

Em relação ao nexos causal, ele é uma categoria que reúne a causa e o efeito, sendo a causa o estupro e o efeito a gravidez. Observa-se que essas mulheres que sofreram estupro e desejam interromper a gestação enfrentam diversas indagações pelos profissionais de saúde com intuito de avaliarem suas falas, buscarem o nexos causal. Ou seja, elas relatam sobre o estupro (a causa), de maneira que a gestação (o efeito), tenha sido resultante dele, e somente assim, o direito ao aborto legal é garantido.

Outra justificativa pelas unidades de saúde para realizarem o nexos causal, é ele ser utilizado como prova para demonstrar que o aborto foi feito seguindo a permissividade da lei, sendo a exceção do regime punitivo ao aborto (DINIZ et al, 2014). A presunção anterior que as mulheres mentem, conforme apresentado por alguns participantes acima.

Sendo assim, quando essas mulheres chegam aos serviços de saúde:

É como uma figura detentora da verdade que a mulher é inquirida pelas equipes – e não imediatamente como uma vítima detentora de um direito. Seu sofrimento move a compaixão, mas também aciona táticas de saber para a investigação da verdade. A mulher se transformará em vítima se aprovada nos testes de verificação a que se submeterá. Uma explicação para esse regime investigativo é o caráter de exceção da lei punitiva: mesmo aqueles que reconhecem o direito ao aborto sentem-se pressionados, pelo estigma imposto aos serviços, pela ameaça persecutória e pela moral hegemônica do aborto como um ato violador, a atualizar táticas e práticas periciais. (...) nessa relação entre o corpo das mulheres e os mecanismos de poder que o investigam, aqui representados pelos saberes médicos e psicossociais, que a engrenagem dos serviços se pauta. (...) Como guardiões da lei e da moral e responsáveis pela decisão sobre o direito ao aborto – os serviços de aborto legal – sentem-se cobrados a policiar não só os corpos das mulheres, mas também seus próprios regimes de funcionamento e suas práticas de assistência. (DINIZ et al, 2014: 297).

Algumas falas aqui reproduzidas confirmam as considerações feitas por Diniz et al (2014). Dessa forma, observa-se que ainda há muito o que avançar, e é necessário que a mulher seja vista, desde a entrada nas instituições, como sujeito que carrega suas subjetividades, que esteve em situação de violência e que é detentora do direito de realizar o aborto, o qual deve ser garantido após um atendimento/ acolhimento humanizado, empático, sem julgamentos e o menos burocrático possível. Apesar de ser necessário o preenchimento dos documentos exigidos pelo Ministério da Saúde, eles não devem ser feitos como uma perícia, com detenção de poder daquele profissional sobre a mulher, que “investiga” se de fato foi ou não fruto do estupro. Tais documentos e a coleta de informação devem ser feitos de forma respeitosa, com a preocupação de garantir o direito dela e acreditando na fala daquela mulher, assim como preconiza o Ministério da Saúde.

Sobre o participante que verbalizou não conhecer a lei:

Não, especificamente de lei, ficar me dedicando aquilo, procurar sobre aquilo, não. Não, especificamente não. Aqui, os colegas que são obstetras dizem entre eles e querem que a gente acredite, que basta ela dizer que foi um estupro, então basta ela dizer isso que você está obrigado a fazer de tudo, mas com certeza não é, eu também não me interessei em procurar, aprofundar nesse tipo de informação, é um assunto que pessoalmente não me interessa. (A7)

Observa-se que o fato do participante desconhecer a lei e o direito ao aborto legal, acaba levando a alguns equívocos na fala, todavia, estas falas mostram que a questão vai além do desconhecimento, desmonstra um

desinteresse sobre a temática, ainda que trabalhe em uma instituição com o perfil do IFF.

Acredita-se que podem ser criadas algumas estratégias para que a informação sobre o direito e o fluxo institucional cheguem a todos (as) profissionais e falas como a presente acima sejam evitadas, assim como apareceu na pesquisa:

Acho que é sensibilizar, novamente, fazer algumas oficinas como a gente já fez até, de sensibilização dos direitos da mulher, sobre a questão da violência, sobre como houveram avanços em relação a isso e como a gente pode garantir o direito dessa mulher. Divulgar melhor esses fluxos, adequar melhor as equipes, entendeu? Se tem uma pessoa ou uma equipe com objeção de consciência, manter sempre aquela equipe equilibrada para não chegar no momento da pessoa fazer o procedimento ou ter uma assistência, ter uma abordagem não adequada, ou objeção de consciência e não garantir o direito que ela tem de ter essa assistência, então acho que é por aí. (A1)

Eu acho que esse tema deveria ser primeiro, mais abordado, acho que deveria ter fóruns de discussão dentro das instituições e fora das instituições. Eu sei que já tem alguns fóruns né? Mas eu acho que internamente, assim precisaria ter espaços de discussão, não só quando essas demandas aparecem, porque eu acho que nos momentos que a demanda aparece, isso ganha uma força, mas depois perde a força. Então, eu acho que deveria ter uma comissão dentro da instituição que estivesse mais à frente dessas situações. Para poder, justamente orientar os profissionais nessas situações, né? E garantir o direito da mulher. Eu acho que esse é o objetivo né? Acho que não é garantir o direito do médico. Né? Proteger o médico. Ou proteger a instituição. Eu acho que o primeiro objetivo tem que ser garantir o direito da mulher. E aí, como a gente vai fazer isso, como a instituição vai se posicionar? É secundário. Mas eu acho que tem que ter mais discussões, grupos de trabalho. Para que isso seja mais amarrado dentro da instituição. Apesar das divergências entre os profissionais né? Mas eu acho que essas divergências têm que ficar em segundo plano. (A5)

Por exemplo, acho que seria uma sugestão levar a discussão desse fluxo para canal teórico [dos residentes], divulgar ao máximo esse fluxo. Tanto em portaria e aí na portaria geral, recepcionista, telefonista, porque às vezes elas ligam querendo receber alguma informação, então assim, essas coisas, esse fluxo precisa ter uma visibilidade maior dentro da instituição. (A6).

Quando a participante fala sobre o canal teórico dos residentes, ele diz respeito às aulas fornecidas aos residentes, tendo em vista que o Instituto atua no tripé: saúde, pesquisa e ensino e dentro do ensino possuem diferentes programas de residência em saúde, que consiste em:

uma Pós-Graduação Lato Sensu que se constitui de um programa de formação em serviço, destinado aos profissionais da área de saúde, sob orientação/supervisão de profissionais altamente qualificados, seguindo orientações específicas da legislação que rege cada modalidade: residência médica, residência em enfermagem e residência multiprofissional (IFF/FIOCRUZ, 2023).

O que remete em última instância a pensar sobre a formação profissional desses profissionais desde a graduação, com inserção da temática no canal teórico da residência.

Quanto aos outros pontos apresentados, diversos estudos como Farias e Cavalcanti (2012); Lopes e Oliveira (2019); Medeiros et al (2019) e Guimarães e Ramos (2017), também apontam como desafio para o atendimento de interrupção de gestação por estupro a ausência de atualizações permanentes dos profissionais, ofertas de cursos, entre outros. Este é um ponto importante, pois conforme exposto pela Norma Técnica:

A equipe de saúde deve estar sensibilizada e capacitada para assistir à pessoa em situação de violência. Dessa forma, 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, 2005: 34-35).

Entretanto são pouquíssimas ofertas de cursos sobre a temática, o que reforça o quão difícil é falar sobre o aborto. Esta ausência de atualizações sobre a temática também foi percebido na pesquisa, tendo em vista que dos 7 entrevistados, apenas um já havia participado de Fórum sobre a temática e outro verbalizou que realizou curso que a temática apareceu, porém não era o tema principal do curso.

Cabe salientar que o conjunto CFESS-CRESS vem tendo importantes posicionamentos a respeito do tema, e em setembro de 2022 foi realizado pelo CFESS um Seminário Nacional “Serviço Social, Ética e o Direito ao Aborto”, o qual sofreu grandes represálias. Na página do Instagram do Conselho foram

postados comentários, como: “deveríamos investir em educação sexual e não legalizar a morte de inocentes...”; “não entendi, assistentes sociais lutando pelo direito de assassinato de inocente? Não deveriam estar lutando pela vida?”; entre outros. Comentários que reforçam o tabu que a temática traz.

Dessa maneira, observa-se que é inegável a urgência para falar sobre os abortos previstos em lei, para além do IFF, envolver os profissionais que atuam em diferentes políticas públicas, pois mulheres em situações de violência sexual podem chegar em qualquer instituição, como saúde, assistência social, segurança pública, entre outros. É essencial que todos (as) profissionais conheçam para orientá-las e encaminhá-las de forma a evitar que fiquem peregrinando, e quando chegam na unidade de saúde já possuam uma gestação avançada, fato que por vezes inviabiliza a interrupção de gestação. Além de muitas nem conseguirem acessar, e por isso, se direcionarem às clínicas clandestinas, colocando suas vidas em risco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou entender a percepção dos profissionais de saúde frente aos atendimentos às mulheres que chegam ao IFF para realizarem a interrupção da gestação após sofrerem estupro. Para nos aproximar da discussão buscou-se na literatura conceitos que perpassam o objeto de estudo, como o conceito de violência de gênero, violência sexual, estupro, aborto legal em caso de estupro e as normativas legais relacionadas à temática.

Observa-se que as mulheres, ao longo da história, obtiveram muitas conquistas, a partir de suas organizações em movimentos sociais, com muitas lutas e resistências, porém ainda está muito presente a violência de gênero, que é atrelada ao modo de produção capitalista, o qual tem como pilares a exploração, a opressão, o sexismo e a dominação masculina.

Nesta pesquisa, não se pretende esgotar as contribuições relacionadas ao tema, todavia, a partir de falas dos participantes durante a entrevista semi-estruturada depara-se com alguns desafios no atendimento a essas mulheres, tanto dentro do Instituto como externo a ele. Um exemplo relatado diz respeito à peregrinação das mulheres entre outras instituições até acessarem o IFF para garantir o direito.

Diante disto, muitas vezes elas chegam às unidades de saúde que realizam o serviço em uma gestação mais avançada. Este é um ponto polêmico entre os profissionais participantes, tendo em vista que não existe um consenso sobre a realização ou não da interrupção da gestação, o que envolve perspectivas pessoais e até mesmo de cunho religioso; ainda que não seja estabelecido nas normativas limite quanto à idade gestacional.

Outro ponto presente no estudo é a pouca disseminação do direito ao aborto legal em caso de estupro, o que faz com que, diante da falta de conhecimento, as mulheres não procurem esses serviços de saúde, e se direcionem a clínicas clandestinas, de forma insegura, colocando suas vidas em risco.

É inegável a complexidade que envolve a temática e a dificuldade dos participantes desta pesquisa em realizar esses atendimentos, principalmente relatado por profissionais mulheres. Outro ponto que aparece no estudo, é a fragilidade do fluxo dentro da instituição, o que por vezes por desconhecimento

ele não é seguido e leva a desentendimentos entre os profissionais, com reverberações nas vidas das usuárias.

A partir desta pesquisa, considera-se de extrema importância a inserção na grade curricular das universidades das áreas de saúde e dos programas de residências desta temática. Assim como, uma formação continuada, principalmente de profissionais da saúde, segurança e assistência social, com ofertas de cursos, oficinas, entre outros, de forma que possam ter o contato com o debate das questões de gênero, raça, direitos sexuais e reprodutivos, violências, políticas voltadas para mulheres, bem como sobre o direito previsto em lei e como acessá-lo.

Acredita-se que estes apontamento possam ser estratégias para que as mulheres que sofreram estupro culminando em gestação, possam ser atendidas mais rápido, de maneira menos burocrática e com cuidado humanizado.

Conforme relatado no estudo, o aborto é uma questão de saúde pública, e diante dos pontos abordados ao longo deste trabalho considera-se urgente que o tema deixe de ser um tabu e que esteja nas pautas das políticas públicas.

Parte-se do pressuposto que é imprescindível que os atendimentos a essas mulheres sejam: interdisciplinares, de forma que evitem a ocorrência de revitimização entre as diferentes categorias e saberes; intersetoriais, ou seja, articulados entre as diferentes políticas sociais e serviços em que essas mulheres são atendidas; e interseccional, pensando em raça/cor, classe social, escolaridade, território, entre outros, ponto importante que impactam no acesso aos serviços e às políticas.

Conforme pôde ser visto neste estudo as violências não se manifestam da mesma forma em todas as mulheres e nem o acesso ao direito ao aborto legal. Estudos mostram que ainda que o perfil de mulher que mais possuem denúncias de terem sofrido estupro serem mulheres negras; as mulheres brancas são quem mais acessaram os serviços para realizar a interrupção da gestação. Também foi possível perceber isso em relatos durante as entrevistas.

Outro ponto importante é o estabelecimento do fluxo de atendimento nos serviços que realizam procedimentos de interrupção de gestação por estupro e que estes sejam disseminados entre todos os profissionais da instituição. Um fluxo que, como ressaltou-se, deve ir além dos limites do hospital.

Conforme exposto, as organizações dos movimentos sociais contribuem para a tomada de consciência, mobilização e luta pela garantia de direitos – e podem ser um parceiro nessas lutas. Sendo assim, eles foram e são de grande importância para a disputa por direitos sociais, por políticas universais e pela cidadania, porém é necessário que eles tenham como horizonte a superação deste modo de produção capitalista (BEHRING, 2015), buscando conquistar a emancipação política, mas sem perder a direção de uma emancipação humana, que rompa com a lógica desse modelo capitalista, tendo em vista que neste modo vigente não será possível solucionar esta problemática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, G. Notas sobre a complexidade do neoconservadorismo e seu impacto nas políticas sociais. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 720-731, set./dez. 2020.

ANGONESE, M; LAGO, M. C. S. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.1, n.26, 2017.

ANIS - Instituto de Bioética: argumentos apresentados ao Supremo Tribunal Federal na Audiência Pública da ADPF 442. **Letras Livres**, Brasília, 2019. Disponível em: <Cartilha-ABORTO-web.pdf>. Acesso em: 21 de setembro de 2022.

ANJOS, K.F. *et al.* Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 504-515, jul.-set., 2013. Disponível em:<SciELO - Brasil - Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos> . Acesso em: 25 maio 2022.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para a política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2. 2003.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa:**Edições 70**, 1977.

BARROCO, M. L. S. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 623-636, 2015.

BEHRING, E. R. **Brasil em Contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Tradução de Fernando Tomaz. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1989.

BOWEN, G. A. Document Analysis as a qualitative research method. **Qualitative Research Journal**, v. 2, n.9, 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1988.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Promulgada em 7 de agosto de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher.

Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher.
– Brasília: **Ministério da Saúde**, 2001

BRASIL. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : **Editora do Ministério da Saúde**, 2012.

BRASIL. Portaria nº 1.508 de 1º de setembro de 2005. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005.

BRASIL. Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020. 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. **Diário Oficial da União**, 2020.

BRASIL. Relatório de gestão do exercício de 2019. Disque 100 – Disque Direitos Humanos/Módulo Criança e Adolescente/Secretaria de Direitos Humanos/Presidência da República. Brasília, 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental no 54. **Diário da Justiça Eletrônico** no 78/2012, Brasília, 20 abr. 2012.

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

BRASIL. Norma Técnica para a Atenção Humanizada ao abortamento. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 1. ed. rev. Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_prevencao_avaliacao_conduta_abortamento_1edrev.pdf.

CARDIERI, L.; PERES, L. Precisamos (ainda) falar sobre aborto. IN: Dossiê de 30 anos de rede feminista de saúde: democracia, saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos. Curitiba: **Ed. CRV**, 2021.

CARDOSO, C. P. Amefricanizando o feminismo: o pensamento de Lélia Gonzalez. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v.22, n.3, setembro/dezembro, 2014. Disponível em: <p 965-986 Cardoso.pmd (scielo.br)>. Acesso em: 17 de agosto de 2022.

CARLOTO, C. M.; DAMIÃO, N.A. Direitos reprodutivos, aborto e Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, N. 132, p. 306-325, maio/ago, 2018.

CARNEIRO, S. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**. São Paulo, 2003.

CERQUEIRA D. e COELHO D.S.C. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde. Brasília: **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, 2014.

CFM – Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina – Brasília: **Conselho Federal de Medicina**, 2010.

COLLINS, P. H. “Em direção a uma nova visão: raça, classe e gênero como categorias de análise e conexão”, Reflexões e práticas de transformação feminista (org. Renata Moreno), SOF (**Coleção Cadernos Sempreviva**), 2015.

Conselho Federal de Serviço Social. Racismo. IN: Série assistente social no combate ao preconceito. **CFESS**, Caderno 3. Brasília: 2016. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno03-Racismo-Site.pdf>>. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Perspectivas Antropológicas da Mulher (p. 25-62). Rio de Janeiro: **Zahar**, 1985.,

CHAUÍ, M. Sobre a violência: Escritos de Marilena Chauí. V. 5. São Paulo: **Autêntica**, 2018.

CORRÊA, S. A “política do gênero”: um comentário genealógico. **Cadernos Pagu**. n. 53. Campinas, 2018.

CORRÊA, S. Eleições brasileiras de 2018: a catástrofe perfeita? Sexual Policy Watch (SPW). Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/images/stories/soniacorrea_acatastrofeperfeita.pdf>. Acesso em: 19 de setembro de 2022.

COSTA, Anna Gabriela. Saiba o que significa a sigla LGBTQIA+ e a importância do termo na inclusão social. **CNN Brasil**, São Paulo, 28/06/2022. Disponível em: < <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/saiba-o-que-significa-a-sigla-lgbtqia-e-a-importancia-do-termo-na-inclusao-social/> >. Acesso em: 14 de setembro de 2022.

CRENSHAW, K. Documento para encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, ano 10, 2002.

DINIZ, D. *et al.* A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Revista Bioética**. Brasília. Rev. bioét. (Impr.). V.22, N.2, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/M8yjvPkBpfLNKvrHJrtmBHq/?format=pdf>>. Acesso em: 15 de setembro de 2022.

Diniz D. *et al.* Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape:

a study among physicians in Brazil. **Reprod Health Matters**. v.43, n.22, 2014.

DINIZ, D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. **Revista Saúde Pública**. Brasília, v. 45, n. 5, 2011. Disponível em: <RSP_45_5.indb (scielo.br)> . Acesso em: 25mai. 2022.

DINIZ, D. *et al.* Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciênc. saúde colet**. V.22. N.2, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/8LRYdgSMzMW4SDDQ65zzFHx/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 36, supl.1, 2020. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/edicoes-2020/is-n-03/3227-aborto-induzido>. Acesso em 21 dez. 2020.

DUARTE, C. L. “**Feminismo – uma história a ser contada**”. Pensamento feminista brasileiro: formação e contexto (org. ARRUDA, Heloisa Buarque de Hollanda), Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

EMMERICK, R. **Aborto**: (des)criminalização, direitos humanos e democracia. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

ESTUPRO. *In*: **DICIO, Dicionário Online de Português**. Porto: 7Graus, 2022. Disponível em: <Estupro - Dicio, Dicionário Online de Português>. Acesso em: 14/09/2022.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, V. 12, N. 1 p. 47–71. Jan/Abr. 2004.

FARIAS, R. S.; CAVALCANTI, L. F. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, V.17, N.7, Julho, 2012. Disponível em: . <SciELO - Saúde Pública - Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães (scielosp.org)>. Acesso em: 25 maio 2022.

FEDERICI, S. **O calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. Trad. Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2017.

FREITAS, R.; BARROS, N. O enfrentamento à violência contra mulheres – universidades e redes. IN: TORRES, Anália et al (org.) **Estudos de gênero**: diversidade de olhares num mundo global. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Dezembro, 2018.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: **Fórum Brasileiro de Segurança Pública**, 2021. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/anuario-2021-completo-v6-bx.pdf>>. Acesso em: 21 de setembro de 2022.

GIUGLIANI, C. *et. al.* O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. V.14, N.41, 2019. Disponível em: <Vista do O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde (rbmfc.org.br)>. Acesso em: 15 de setembro de 2022.

GIUGLIANI, C. *et. al.* **Violência Sexual e Direito ao Aborto Legal no Brasil: fatos e reflexões**. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2021.

GÓES, E. F. **Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional**. Tese de Doutorado. Pós-graduação em Saúde Coletiva na Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2018.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadores. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013. p. 79-108.

GONZALEZ, L. Por um feminismo afro-latino-americano. In: **Caderno de Formação Política do Círculo Palmarino**. N.1, Batalha de Ideias. Brasil, 2011.

GONZALES, L. Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, p. 223-244, 1984.

GUIMARÃES, I. **Violência de Gênero**. IN: Violência faz mal a saúde/ [Cláudia Araújo de Lima (cood) et.al.] Brasília – Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <06_0315_M.indd (saude.gov.br)>. Acesso em: 15 de setembro de 2022.

HEILBORN, M. L. **Heterossexualidades, contracepção e aborto: uma pesquisa em quatro capitais latino-americanas**. IN: Sexualidad, salud y sociedad. N.12. 2012. Disponível em: <SciELO - Brasil - Heterossexualidades, contracepção e aborto: Uma pesquisa em quatro capitais latino-americanas Heterossexualidades, contracepção e aborto: Uma pesquisa em quatro capitais latino-americanas>. Acesso em: 18 de março de 2022.

Instituto de Segurança Pública (ISP). **Dossiê Mulher 2021**. Disponível em: <http://arquivo.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/DossieMulher2021.pdf>. Acessado em: 02 de março de 2022 às 09:36.

IANNI, O. **Dialética das relações raciais**. Estudos Avançados, v. 18, n. 50, p. 21–30, abr. 2004.

Instituto Fernandes Figueira (IFF). **Sobre o IFF/Fiocruz**. Disponível em <Sobre o IFF/Fiocruz>. Acesso em: 19 de outubro de 2022.

IFF/FIOCRUZ. **Atenção à Saúde**. Disponível em: <<https://www.iff.fiocruz.br/index.php/atuacao/atencao-a-saude>. > Acesso em: 4 nov. 2022.

Instituto Fernandes Figueira (IFF/ Fiocruz). **Entrevista: médico do IFF responde a dúvidas sobre bebês prematuros**. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/entrevista-medico-do-iff-responde-duvidas-sobre-bebes-prematuros>>. Acesso em: 27 de março de 2023.

KALCKMANN, S.; PINTO, E. A.. Aborto: livre escolha? IN: **Desigualdades e iniquidades em saúde**. V.12, N.10, 2010. Disponível em: <Vista do Aborto: livre escolha? (saude.sp.gov.br)>. Acesso em: 20 de março de 2022.

KRENZINGER, M.; *et. al.* Violência de gênero e desigualdade racial em uma pesquisa com mulheres no território conflagrado do Conjunto de Favelas da Maré/RJ. In: **Trabalho Necessário**, V. 19, N. 38, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/trabalhonecessario/article/view/47366/28674>>. Acessado em: 15 de setembro de 2022 às 14:00.

LOPES, S. D. N.; OLIVEIRA, M. H. B. O. Meu corpo, minhas regras: mulheres na luta pelo acesso ao service público de saúde para a realização do aborto seguro. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro. V.43.2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xHXjtQkpwjwfb9bD4yj4TS/?format=pdf&lang=p>>. Acesso em: 15 de setembro de 2022.

LORDE, Audre. **Irmã Outsider**: ensaios e conferências. Belo Horizonte: Autêntica editora, 2019.

LOURO, GL. **Gênero, sexualidade e educação**: uma perspectiva pós-estruturalista. 6 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MADEIRO AP e DINIZ D. Serviços de aborto legal no Brasil - um estudo nacional. IN: **Ciência Saúde Coletiva**, V. 21, N.2, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/L6XSyzXN7n4FgSmLPpvcJfB/?lang=pt>>. Acesso em: 09 de maio de 2023.

MARTINS, A. C. Paternidade: repercussões e desafios para a área da saúde. **Revista Pós Ciências Sociais**, Maranhão, p. 59-74, 2009. Disponível em: <<http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rpcsoc/article/view/791/503>>. Acesso em: 14 de novembro de 2022.

MATOS, C.M. A criminalização do aborto em questão. Coimbra: **Almedina**, 2010.

MINAYO, M. C.. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2. Ed. São Paulo- Rio de Janeiro, Hucitec- Abrasco, 1993. MINAYO, Maria Cecília. Capítulo 1: O desafio da pesquisa social. IN: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 32. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 9-29.

MINAYO, M. C. Desafio do conhecimento. Ed. Hucitec, 2010. MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência: um problema para a saúde do brasileiro. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf>. Acesso em: 21 set. de 2022.

MUDJALIEB, A. A. Relato de experiência sobre ampliação do acesso ao aborto legal por violência sexual no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V. 36, N.1, abril de 2020.

NETTO, J. P. Cinco Notas a Propósito da “Questão Social”. Revista **Temporalis**, N.3. Brasília: ABEPSS, 2001.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. V.13, N.3, p.44-57, set-dez 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RVqT6nk8tM8q3rLf5FSfGKN/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 de setembro de 2022.

OENNING, T. B.; LEMOS, E.L. S. (Des)criminalização do aborto e Serviço Social: desafios para o cotidiano profissional. **Revista Praia Vermelha**. Rio de Janeiro. V.32, N.1, jan-jun/ 2022. Disponível em: <43922-148099-1-PB (1).pdf>. Acesso em: 15 de setembro de 2022.

PT. Íntegra do discurso lido pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva no Congresso Nacional. Brasília, 2023. Disponível em: <Veja o discurso de posse do presidente Lula no Congresso Nacional | Partido dos Trabalhadores (pt.org.br)>. Acesso em: 20 de março de 2023.

WHO. World Health Organization. **Violence, Injuries and Disability: Biennial Report 2008/2009**. World Health Organization Library Cataloguing-in-Publication Data, 2010.

WHO. World Health Organization. **Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems**, 2003. Disponível em: <Safe_Abortion_E.pdf (who.int)>. Acesso em: 10 de agosto de 2022.

ORTEGAL, Leonardo. **Relações raciais no Brasil: colonialidade, dependência e diáspora**. Serviço Social e Sociedade. São Paulo. N.133, 2018.

OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org). **Violência contra as mulheres**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>>. Acesso em: 02 de março de 2022 às 10:00.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica: parirás com dor**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 27 de julho de 2022.

SAFFIOTI, H. **Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero**. Cadernos Pagu. Campinas. N.16, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cpa/a/gMVfxYcbKMSHnHNLrqwYhkL/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 02 de março de 2022 às 09:30.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2011.

SALVADOR, E. **Fundo Público e Financiamento das Políticas Sociais**. SERV. SOC.REV., LONDRINA, V. 14, N.2, P. 04-22, JAN./JUN. 2012.

RIBEIRO, M. **Mulheres Negras Brasileiras de Bertioga a Beijing**. Estudos Feministas, v. 3, n. 2, 1995.

SANCHEZ, R. N.; MINAYO, M. S. C. Violência contra criança e adolescente: Questão histórica, social e de saúde. IN:Violência faz mal a saúde/ [Cláudia Araújo de Lima (cood) et.al.]. Brasília – **Ministério da Saúde**, 2006. Disponível em: <06_0315_M.indd (saude.gov.br)>. Acessado em: 15 de setembro de 2022.

SÁ-SILVA, J. R.*et al.* Pesquisa documental:pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de História & Ciências Sociais**. V.1, N.1, 2009.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. Educação e Realidade, Porto Alegre, v.16, n. 2, jul./dez, 1989.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde; algumas estratégias de integração. **Ciência & Saúde Coletiva** . V.5, N.1, 2000. Disponível em: <16 métodos/temas livres (scielo.br)>. Acesso em: 15 de setembro de 2022.

SILVA, Joyce Kelly Araújo da.;*et. al.* Assistência de enfermagem à mulher em risco iminente de abortamento ou aborto efetivo.**Research, Society and Development**, V. 9, N. 12, 2020. Disponível em: <Vista do Assistência de enfermagem à mulher em risco iminente de abortamento ou aborto efetivo (rsdjournal.org)>. Acesso em: 20 de março de 2022

SOUTO, RMCV, et al. **Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento**. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. V. 22, N.9, setembro de 2017.

SOUZA C. **Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988**. Rev. Sociol. Polít., Curitiba, V. 24, jun. 2005.

TALIB, R e CITELE MT. **Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004): dossiê**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir; 2005.

TELES, Maria Amélia de Almeida. **Breve história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

THURLER, Ana Liési. **Outros horizontes para a paternidade brasileira no século XXI?**. Soc. Paternidade: repercussões e desafios para a área de saúde 73 estado. Brasília, v. 21, n. 3, dez. 2006 . Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/se/a/FsVXTQNTVZzNjtrVvnfCRnJ/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 14 de novembro de 2022.

Zelkowitz, P. Prematuridade e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial e emocional da criança. McGill University, Canadá. 2a ed. **Rev. Enciclopédia sobre o desenvolvimento da primeira infância**. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE I – PESQUISA REALIZADA NA BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE (BVS)

Referência	O que analisam	Metodologia	Conclusão/ Resultados
<p>1-COLÁS, Osmar Ribeiro; ROSAS, Cristiano Fernando e PEREIRA, Irotilde Gonçalves. Resgate histórico do primeiro programa público de interrupção da gestação por estupro no Brasil. Femina. São Paulo. V.49, N.3, 2021</p>	<p>Os autores apresentam a evolução histórica dos caminhos percorridos até a criação do primeiro programa público de interrupção legal da gestação no Brasil.</p> <p>Tem como objetivo resgatar a história das lutas, dificuldades e atores envolvidos na criação do que se tornou o primeiro programa público de aborto legal por estupro no Brasil e na América do Sul.</p>	<p>Pesquisas em bancos de dados oficiais como Medline, SciELO e PubMed; resgate de documentos internos, prontuários e livros de registros e uma importante reunião entre os autores, motivados por resgatar essa história qual eles vivenciaram.</p>	<p>Observou a importância desse primeiro programa do Hospital Jabaquara, não por ter sido o pioneiro, mas por ter se envolvido tão corajosamente, culminando com todos os resultados posteriores que pudemos resgatar e marcar a história da luta contra a violência sexual e pela interrupção legal da gestação nos casos previstos em lei, em nosso País.</p>

<p>2- HIGA, Rosângela; REIS, Maria José dos e LOPES, Maria Helena Baena de Moraes.</p> <p>Interrupção legal da gestação decorrente de estupro: assistência de enfermagem às mulheres atendidas num serviço público da cidade de Campinas – SP.</p> <p>Ciênc. cuid. saúde. São Paulo. V.6, N.3, jul.-set. 2007.</p>	<p>O trabalho teve como objetivo descrever a assistência de enfermagem às mulheres que optaram pela interrupção legal da gravidez decorrente de estupro desenvolvida em um hospital de ensino público da cidade de Campinas- SP.</p>	<p>As intervenções são realizadas em 3 momentos: antes da internação; durante a internação e no seguimento ambulatorial. A assistência de enfermagem à mulher que vivencia a interrupção legal da gestação segue as etapas do processo de enfermagem: coleta de dados (incluindo o exame físico), diagnóstico, prescrição, implementação e evolução de enfermagem. A coleta de dados é realizada após ser aprovada a solicitação do aborto legal. A partir dos dados coletados e do exame físico, são identificados os principais diagnósticos, de acordo com a classificação da Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem - Internacional (North American Nursing Diagnosis Association - International - NANDA-I).. As intervenções são prescritas Segundo os diagnósticos identificados e baseadas no Protocolo de Atendimento</p>	<p>A utilização do processo de enfermagem proporciona à cliente cuidado individual, integral e humanizado; concorre para a adesão ao tratamento e a recuperação física, psicológica e social, proporcionando assistência com qualidade e segurança.</p>
---	--	--	---

		Multidisciplinar às Mulheres Vítimas de Violência Sexual do CAISM/Unicamp, nas recomendações das Normas sobre a Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes e nas deliberações dos fóruns sobre atendimento integral à mulher vítima de violência sexual.	
3- LIMA, Maria Cristina Dias de; LAROCCA, Liliana Muller e NASCIMENTO, Dênis José. Abortamento legal após estupro: histórias reais, diálogos necessários. Saúde debate. Rio de Janeiro. V.43; N.121; 2019.	Teve por objetivo reconhecer os discursos expressos nos Termos de Relato Circunstanciado (TRC), registrados no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2015, de mulheres acima de 18 anos que solicitaram o aborto no Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.	Estudo de caso documental e descritivo com abordagem qualitativa.	Concluiu-se que a pesquisa trouxe uma importante reflexão quanto à violência sexual em mulheres, bem como sua relação com questões de gênero. Foi possível identificar a partir dos discursos que as relações de poder estabelecidas acerca do fenômeno interferem diretamente nos comportamentos e condutas pós-violência sexual, culminando em gestações indesejadas.

<p>4- LOPES, Simone Dalila Nacif e OLIVEIRA, Maria Helena Barros de Oliveira. Meu corpo, minhas regras: mulheres na luta pelo acesso ao service público de saúde para a realização do aborto seguro. Saúde Debate. Rio de Janeiro. V.43.2019.</p>	<p>Procurou-se caracterizar o acesso ao serviço público para a realização do aborto como um direito humano das mulheres, negado ilegalmente pelo ordenamento jurídico ao defini-lo como crime.</p>	<p>No artigo não foi abordado sobre a metodologia. Mas observou-se que foi realizado uma pesquisa bibliográfica.</p>	<p>Conclui-se que as organizações sociais e populares de resistência para a construção do direito de acesso ao aborto seguro travam lutas revolucionárias, reestruturando o campo político, desafiando a sociedade burguesa e abalando os valores e conformações do patriarcado. As mulheres formam uma consciência militante feminista coletiva, rompem a própria concepção que têm de si mesmas e realinham as relações sociais, reposicionando-se como senhoras autônomas de sua existência, de sua vontade e de seu corpo.</p>
--	--	--	--

<p>5- GARBINI, Robério et al. Legalidade e ética entre obstetras do serviço de aborto legal em Alagoas no atendimento às vítimas de estupro. Femina. Alagoas. V.49; N.10. 2021.</p>	<p>Tem como objetivo, determinar o perfil ético profissional dos obstetras do serviço de aborto legal no estado de Alagoas (Brasil) e delinear um protocolo e fluxograma para auxiliar no atendimento de mulheres estupradas.</p>	<p>Foi realizado um estudo observacional-transversal, prospectivo e descritivo, incluindo todos os 26 obstetras do serviço de aborto legal. Na fase 1, investigaram-se o conhecimento legal e a posição ética, enquanto na fase 2 foram construídos um protocolo e um fluxograma para guiar o service nos casos de aborto legal.</p>	<p>Na fase 1, identificamos que a maioria dos obstetras não conhecia os aspectos legais sobre o aborto, não se sentiam confortáveis em estar no serviço e apontaram várias limitações no funcionamento dele. Na fase 2, foram desenvolvidos um protocolo e um fluxograma aplicados aos casos em que uma mulher estuprada deseja abortar por métodos legais. Conclusão: O perfil dos obstetras do serviço de aborto legal é insuficiente para lidar com a complexidade do aborto no estado. O protocolo e o fluxograma delineados tiveram o propósito de ajudar o serviço de aborto legal do estado a lidar com esse problema público/social.</p>
<p>6-SANTOS, Jetro; DREZETT, Jefferson; ALVES, Alan de Loiola. Características sociodemográficas de migrantes bolivianas com gestação decorrente de violência sexual atendidas em serviço público de referência para abortamento legal, São Paulo, Brasil, 2002-2014. Reprodução e climatério. São</p>	<p>As características sociodemográficas de migrantes bolivianas com gestação decorrente de estupro, atendidas em serviço público de referência para abortamento legal.</p>	<p>Estudo retrospectivo e documental. Amostra de conveniência com 38 mulheres bolivianas que solicitaram abortamento por gestação decorrente de estupro entre 2002 e 2014.</p>	<p>Em muitos aspectos a violência sexual praticada contra migrantes bolivianas se assemelha às situações vivenciadas por mulheres em grandes centros urbanos espaços públicos por agressores desconhecidos. Os resultados sugerem que as migrantes bolivianas estão mais sujeitas ao estupro praticado com violência física e menor capacidade de</p>

<p>Paulo. V. 30; N.1. 2015.</p>			<p>comunicar o crime para a polícia.</p>
<p>7-GUIMARÃES, Aniete Cintia de Medeiros e RAMOS, Karla da Silva. Sentimentos de mulheres na vivência do abortamento legal decorrente de violência sexual. Rev. Enfermagem. Recife. V.11, N.6, jun. 2017.</p>	<p>Objetivo de conhecer os sentimentos apresentados por mulheres vítimas de violência sexual que vivenciaram o abortamento previsto em lei.</p>	<p>Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido com dez mulheres que realizaram aborto legal após gestação por estupro. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados pela técnica de Análise de Conteúdo.</p>	<p>A experiência da gravidez resultante de estupro, seguida por aborto legal, é complexa e produz resultados permanentes na vida das mulheres. É necessária uma maior e mais abrangente disseminação de informação acerca do atendimento imediato às vítimas de violência sexual, a fim de evitar gestações indesejadas e, conseqüentemente, reduzir o número de abortamentos ilegais e inseguros</p>
<p>8- NUNES, Mykaella Cristina Antunes e MADEIRO, Alberto Pereira. Estupro e gravidez: Relatos das vivências de mulheres antes e após o desfecho da gestação. Estudos de Psicologia. Fortaleza. V. 21, N.4, 2016.</p>	<p>Investigou-se a experiência de três mulheres que engravidaram resultado de estupro, usuárias de um hospital-maternidade de Fortaleza, Ceará, destacando as vivências anteriores e após o desfecho da gestação (a continuidade ou a interrupção legal).</p>	<p>Tal proposta consiste em uma estratégia de pesquisa pluralista do ponto de vista metodológico, uma vez que pode envolver dados qualitativos, dados quantitativos ou conjugar as duas perspectivas.</p>	<p>Conclui-se que tais experiências necessitam ser conhecidas em seus aspectos de interrupção ou de continuidade da gestação para a melhoria das políticas públicas voltadas para essas mulheres.</p>

<p>9- MEDEIROS, Robinson Dias de; et al. Opinião de estudantes dos cursos de Direito e Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Natal. V. 34, N.1, 2012.</p>	<p>Objetivo de analisar e comparar o conhecimento e opiniões de estudantes dos cursos de Direito e Medicina sobre a questão do aborto no Brasil.</p>	<p>Foi realizado estudo transversal envolvendo 125 alunos concluintes do ano de 2010, sendo 52 de Medicina (grupo MED) e 73 de Direito (grupo DIR), com uso de questionário construído com base em estudos publicados sobre o tema.</p>	<p>A maioria dos entrevistados relatou acompanhar a discussão sobre o aborto no Brasil (67,3% do grupo MED e 70,2% grupo DIR, $p>0,05$). Na avaliação do conhecimento sobre o tema, os estudantes de Medicina demonstraram percentual de acerto significativamente superior aos estudantes de Direito (100,0 e 87,5%, respectivamente; $p=0,005$), em relação à legalidade do aborto na gravidez resultante de estupro. Elevados percentuais de acertos também foram observados nos dois grupos, em relação à gravidez impondo risco de vida à gestante, mas sem significância estatística (94,2 e 87,5% para os grupos MED e DIR, respectivamente). Percentuais significativos dos entrevistados declararam-se favoráveis à ampliação legal do aborto em outras situações, com destaque para: anencefalia (68%), gravidez com prejuízos graves à saúde física da mulher (42,1%) e para feto com qualquer malformação congênita grave (33,7%). Os resultados.</p>
--	--	---	--

<p>10- MACHADO, Carolina Leme. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. V.12, N.2., 2015.</p>	<p>O objetivo do estudo foi relatar as vivências de mulheres após a violência sexual, no diagnóstico de gravidez, na busca pelo serviço de interrupção legal da gestação e durante a internação em um hospital universitário.</p>	<p>Foi realizada pesquisa qualitativa com entrevistas semi estruturadas em dez mulheres de 18-38 anos e escolaridade \geq 8 anos, após 1-5 anos da interrupção legal da gestação.</p>	<p>As mulheres desconheciam o direito à interrupção legal da gestação, sentiram a violência sexual como experiência vergonhosa, mantiveram segredo e não procuraram qualquer atendimento imediato. O diagnóstico de gravidez provocou sentimentos de angústia e desejo de abortar. Para as mulheres que procuraram o setor de saúde complementar as orientações foram precárias ou não aconteceram. O atendimento dos profissionais mostrou-se relevante para assimilação da experiência do aborto. É necessário divulgar o direito à interrupção legal da gestação e a existência de serviços que a realizam, e capacitar profissionais de saúde e segurança pública para atender esses casos.</p>
<p>11- DINIZ, Debora; et. al. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. Revista Bioética. Brasília. V.22, N.2, 2014.</p>	<p>O artigo analisa como se constrói a verdade do estupro para que a mulher que se apresenta como vítima tenha acesso ao aborto legal no Brasil.</p>	<p>Foram entrevistados 82 profissionais de saúde de cinco serviços de referência para aborto legal, um de cada região do país, entre médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, assistentes sociais e psicólogos. As entrevistas buscaram compreender procedimentos e práticas a que a</p>	<p>Apesar de particularidades na organização e no funcionamento dos serviços, identificamos um regime compartilhado de suspeição à narrativa da mulher que se expressa por práticas periciais de inquérito em torno do acontecimento da violência e da subjetividade da vítima. A verdade do estupro para o aborto legal não</p>

		mulher é submetida para ter acesso ao aborto legal.	se resume à narrativa íntima e com presunção de veracidade, mas é uma construção moral e discursiva produzida pela submissão da mulher aos regimes periciais dos serviços.
12- MUDJALIEB, AA. Relato de experiência sobre ampliação do acesso ao aborto legal por violência sexual no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. V. 36, N.1, abril de 2020.	O objetivo do trabalho é apresentar uma metodologia de sensibilização de profissionais de saúde, para qualificar o atendimento às vítimas de violência sexual e ampliar o acesso ao aborto legal nas maternidades municipais.	Trata-se de relato de experiência desenvolvida na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), para ampliar o número de maternidades municipais que atendem ao aborto legal por estupro. A metodologia contou com três etapas: oficina de trabalho, sensibilizações nas maternidades e monitoramento	A experiência foi acompanhada pelo aumento do número de maternidades que realizam o aborto legal por estupro, passando de duas unidades em 2016 para dez em 2019. Também fortaleceu diretrizes para melhoria no atendimento, como priorização dos casos no acolhimento e classificação de risco, oferta de atendimento multiprofissional e garantia da presença do acompanhante na internação.

APÊNDICE II – Roteiro para entrevista

I- Identificação dos profissionais:

- 1- Nome fictício/ código alfa numérico
- 2- Sexo
- 3- Raça/ cor
- 4- Idade
- 5- Estado Civil
- 6- Religião

II- Dado do trabalho

- 1- Formação
- 2- Tempo de formação
- 3- Cargo
- 4- Regime de trabalho / Carga horária
- 5- Trajetória Profissional
- 6- Possui especialização? Se sim, em qual área?
- 7- Já realizou algum curso de extensão/ especialização sobre a temática do aborto?

III- Atendimento de interrupção de gravidez em caso de Estupro

1- Já realizou atendimento a essas mulheres? Se não, por quê? Se sim, como foi o processo?

2- Você conhece as permissões previstas para realização do abortamento (norma técnica, portarias...) ? Se sim, qual a sua opinião sobre elas?

3- Você sabe dizer se existe um fluxo institucional para atender essas mulheres? Se sim, como é o fluxo?

3- Como você entende o atendimento à mulher que sofreu estupro para realizar o abortamento?

4- Você já realizou alguma orientação ou encaminhamento para alguma instituição de atendimento às mulheres nessa situação?

APÊNDICE III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da Pesquisa: **“ABORTO LEGAL EM DECORRÊNCIA DO ESTUPRO: UMA EXPERIÊNCIA NO INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA (IFF/ FIOCRUZ)”**.

Pesquisadora responsável: Rita de Cássia Santos Freitas

E-mail: ritacsfreitas13@gmail.com

Pesquisadora: Nirelle Rodrigues Marinho

E-mail: nirelle_rodrigues@hotmail.com

Telefone: (21) 97980-9844

Instituição responsável pela pesquisa: Instituto Fernandes Figueira (IFF/ Fiocruz)

Endereço: Avenida Rui Barbosa nº 716, Flamengo, Rio de Janeiro/ RJ

Telefone: (21)2554-1864 (Serviço Social)

Nome do Participante:_____.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada **“ABORTO LEGAL EM DECORRÊNCIA DO ESTUPRO: UMA EXPERIÊNCIA NO INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA (IFF/ FIOCRUZ)”**, pois você é um dos profissionais que realiza atendimento às mulheres que chegam ao IFF para fazer interrupção de gravidez por terem sofrido estupro. O objetivo do estudo é: Compreender e analisar como vêm ocorrendo os atendimentos às mulheres que chegam ao Instituto Fernandes Figueira (IFF/ Fiocruz) para interrupção da gravidez em decorrência da violência sexual, a partir do olhar dos profissionais que atendem essas mulheres.

Sua participação no estudo implica na realização de uma entrevista semiestruturada. As entrevistas serão gravadas e terão a duração média de 40 minutos. Posteriormente as entrevistas serão transcritas, onde organizaremos as informações e por fim realizaremos a análise. Em relação aos benefícios da

pesquisa, seus resultados poderão contribuir para pensar na melhoria dos atendimentos realizados à essas mulheres.

É importante destacar que os riscos da pesquisa poderão ser constrangimento e desconforto com a temática abordada durante a coleta de dados. Sendo assim, caso sejam percebidos pela pesquisadora algum constrangimento e/ou desconforto durante o trabalho de campo, ou sinalizada pelo participante, poderemos parar, tendo em vista que serão sempre priorizadas as escolhas dos participantes da pesquisa, acima de qualquer interesse acadêmico. Mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para se retirar da entrevista a qualquer momento, podendo retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem prejuízo algum, inclusive, se desejar você pode ouvir as gravações e solicitar que seja apagado o que foi dito.

Você também pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar da pesquisa, assim como a qualquer momento durante a discussão. Vamos garantir o direito à confidencialidade, resguardando-se a privacidade das participantes mediante a utilização de um código alfanumérico (A1, A2, A3...).

Para a devolutiva dos resultados da pesquisa aos participantes, será fornecido por e-mail um folheto com a análise dos resultados da pesquisa e divulgado para os membros da equipe em colegiado da Área da Gestante. Além disto, poderão ser publicados posteriormente em revistas e órgãos de pesquisa, sempre com sigilo, de forma que não tenha nenhuma possibilidade de que você seja identificado.

Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo. Sua participação no estudo não terá custos e também não haverá nenhuma forma de pagamento. É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira encontra-se à disposição, para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefones: 21 2554-1730/fax: 2552-8491).

Desse modo, ciente dos objetivos da pesquisa, do que se refere a sua participação, da possibilidade de acesso às informações e aos esclarecimentos adicionais (E-mail: nirelle_rodrigues@hotmail.com, Telefone: (21)979809844/(21)2554-1864) referente a pesquisa, assim como, dos demais pontos mencionados neste documento e concordando voluntariamente em participar, **solicito que você possa realizar seu livre consentimento nos termos abaixo**, e posteriormente devolva-o à pesquisadora.

1- Aprovação do participante da pesquisa

Eu, voluntariamente, _____
_____ concordo em participar da pesquisa com o título: **“ABORTO LEGAL EM DECORRÊNCIA DO ESTUPRO: UMA EXPERIÊNCIA NO INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA (IFF/ FIOCRUZ)”**.

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura _____

Data _____

Telefone _____

2- Testemunha (quando necessário)

Nome _____

Documento _____

Endereço/telefone _____

Assinatura _____

Data _____

3- Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome _____

Assinatura _____