



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS

NADJA CRISTINA DA SILVA AMORIM

**AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOB A ÓTICA DA ATENÇÃO INTEGRAL À
SAÚDE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO**

RECIFE
2016

NADJA CRISTINA DA SILVA AMORIM

**AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOB A ÓTICA DA ATENÇÃO INTEGRAL À
SAÚDE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Enivaldo Carvalho da Rocha

RECIFE

2016

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria Janeide Pereira da Silva, CRB4-1262

A524a Amorim, Nadjá Cristina da Silva.

Avaliação de políticas públicas sob a ótica da atenção integral à saúde da mulher em situação de abortamento / Nadjá Cristina da Silva Amorim. – 2016.

156 f. : il. ; 30 cm.

Orientador : Prof. Dr. Enivaldo Carvalho da Rocha.

Dissertação (mestrado profissional em políticas públicas) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Recife, 2016.

Inclui Referências, apêndices e anexos.

1. Ciência política. 2. Política pública – Avaliação. 3. Aborto – Avaliação de riscos. 4. Violência contra as mulheres. 5. Atenção integral. 6. Aborto inseguro. I. Rocha, Enivaldo Carvalho (Orientador). II. Título.

320 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2017-169)

NADJA CRISTINA DA SILVA AMORIM

**AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOB A ÓTICA DA ATENÇÃO INTEGRAL À
SAÚDE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Políticas
Públicas da Universidade Federal de
Pernambuco para obtenção do título de
Mestre em Políticas Públicas.

Aprovada em 01/07/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Enivaldo Carvalho da Rocha (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Erinaldo Ferreira do Carmo (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Cinthia Regina Campos Ricardo da Silva (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

*Às mulheres atendidas pelo Serviço de Apoio à
Mulher Wilma Lessa e a todas mulheres em nossa
sociedade, ainda tão desigual e injusta.*

AGRADECIMENTOS

Chegada a hora de deixar de lado, por um instante, os textos, os livros e os artigos acadêmicos. É momento de poder olhar para trás e perceber o caminho percorrido - onde se aprendeu com as falhas e se reafirmou que as falhas sempre existirão.

O aprendizado, portanto, é para além do estudo proposto, porém baseado, como sempre, em minhas paixões, no que acredito enquanto *ser* e profissional. Ou seja, que à pessoa seja dado o direito de ser entendida nas suas diversas possibilidades e acolhida enquanto tal, sabendo que para isto o meu saber não é soberano e o meu limite estende a mão para caminhar junto com alguém, e assim, superarmos um desafio que passa a ser verdadeiramente nosso.

Neste sentido, há muito a agradecer aos que comigo caminharam:

Primeiramente, Àquele que jamais me permitiu subir um degrau se não pudesse chegar ao topo com Ele. Àquele que todas as noites esteve presente ouvindo as preces dos meus amados filhos Mateus e Lucas: *"Jesus, que mamãe termine logo o trabalho dela pra gente ficar junto de novo e ser feliz. Obrigado e Amém!"*.

Meus filhos, grata pela paciência e agradecida a Deus pela maturidade que tiveram para entender mais este momento de sua mãe. Ficamos distantes fisicamente por um tempo, nos vimos muito pouco, por um momento, mas a certeza do amor que nos une nos manteve firmes e confiantes de que era apenas mais uma etapa necessária e que esta seria superada em breve.

Ao meu dedicado esposo que em meio a tanta turbulência acadêmica soube respeitar, tolerar, cuidar e amar. Agradeço pelas frutinhas silenciosamente deixadas em cima de minha mesa, eram alimentos também para a alma.

Agradeço às pessoas mais importantes na minha vida, presentes em todos os momentos: Minha amada mãe e meu amado pai, exemplos de vida, infindavelmente engajados em minhas lutas, com muito amor, muita firmeza e vitalidade. Incansáveis na tentativa de me garantir o apoio e o bem-estar necessários. Com eles aprendi a não desistir de sonhar e ir buscar além dos meus sonhos.

Sou imensamente grata ao querido amigo, Dr. Carlos Noronha, principal incentivador ao estudo da temática do aborto seguro, junto às pacientes e aos profissionais de saúde do Serviço de Apoio à Mulher - Wilma Lessa. Compartilhamos as angústias suscitadas diante dos atendimentos às mulheres em situação de violência, sobretudo, àquelas em situação de abortamento. Com sua

expertise e até mesmo durante nossas conversas informais demos origem à primeira versão escrita de uma tarefa que se tornaria um longo desafio até a conclusão do mestrado. Agradeço à imprescindível contribuição do saber compartilhado e do aprendizado construído, mas, sobretudo, a sua amizade e dedicação.

Agradeço imensamente ao meu "querido mestre" o Prof. Dr. Enivaldo Rocha que desde o primeiro contato acreditou na minha proposta de pesquisa e abraçou a causa como sua também. Muito aprendi com o professor e acredito que muito aprendemos juntos sobre uma temática tão desafiadora em nossa sociedade - o respeito integral à mulher. Serei sempre grata pelo incentivo acadêmico, pela implicação ao tema e pelas orientações cuidadosas, sempre respeitando meu ponto de vista, mesmo quando nossos olhares eram divergentes.

Agradeço à amiga Michele Rose pela presteza e dedicação sem medir esforços. Compartilhou momentos imprescindíveis da pesquisa, mas posso afirmar que os momentos mais importantes foram aqueles, que, parou para ouvir/acolher com sabedoria e ternura as ansiedades de uma amiga que é mãe, esposa, mestrande e tinha o labor a sua espera.

Agradeço aos profissionais de saúde do Serviço de Apoio à mulher - Wilma Lessa pela gentileza e disponibilidade de conceder as entrevistas individuais. Agradeço àqueles, no Wilma Lessa, que não participaram diretamente da pesquisa, mas que de igual maneira, me acolheram fazendo-me sentir ainda, como parte do mesmo, durante a coleta dos dados. Convivi com as equipes do serviço durante seis anos e muito aprendi e cresci com todos/as com os quais compartilhei práticas profissionais, inclusive criando vínculos afetivos que não esquecerei.

Agradeço imensamente, ao Coordenador do Serviço de Apoio à Mulher, na ocasião, o Dr. Arlon Silveira, sempre apoiando e incentivando a pesquisa. O mesmo autorizou o acesso à instituição para a realização das coletas de dados sem nenhum tipo de restrição.

Em especial, agradeço às mulheres que se permitiram falar de uma experiência tão marcante em suas vidas que é a temática do aborto e que inevitavelmente, faria com que rememorassem a violência sexual sofrida. A elas meu total agradecimento.

Agradeço à Coordenadora do Serviço de Psicologia Aplicada - SPA/UFPE, Lucinda Macedo, pela compreensão, confiança e apoio nos momentos necessários para efetivação do mestrado e a conclusão da pesquisa.

Agradeço às amigas, aos amigos e aos meus familiares, por entenderem que quando falavam, eu quase não ouvia e quando passava por eles, quase nunca tinha tempo de parar e dar a atenção que mereciam. Obrigada pelo afeto de vocês.

*Nunca se esqueça que basta uma crise política,
econômica ou religiosa para que os direitos das
mulheres sejam questionados. Esses direitos não são
permanentes. Você terá que manter-se vigilante
durante toda a sua vida.*

(Simone de Beauvoir)

RESUMO

O estudo propõe a análise da atenção integral à saúde da mulher, enquanto direito político, diante da situação de abortamento legal, em mulheres gestantes por violência sexual em serviço de referência no estado de Pernambuco. Dois grupos foram investigados - a equipe multidisciplinar de serviço especializado e outro composto por mulheres que se enquadravam no perfil do protocolo do Ministério da Saúde para o aborto legalizado. A literatura aponta que o abortamento inseguro ainda é uma das maiores causas de morte materna no Brasil, sendo na região nordeste, sobretudo, no estado de Pernambuco que se apresentam os mais altos índices de aborto inseguro. O Ministério da saúde, pautado nos Planos nacional e internacional vem atuando de maneira intra e intersetorial, ampliando o acesso à atenção integral à saúde da mulher em situação de abortamento, auxiliando profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz, devendo esta ser qualificada e livre de julgamentos morais nos casos do abortamento previsto em lei. No Brasil, o aborto é considerado crime, exceto nos casos previstos em lei, estando inseridos no artigo 128 e incisos I, II, III do Código Penal (1940). O Serviço de Apoio à Mulher - campo investigado - foi criado com a proposta de ofertar atenção integral às mulheres em situação de violência no estado de Pernambuco, inclusive àquelas que engravidam por violência sexual e decidem pelo abortamento (art. 128; inciso II; Código Penal). Entretanto, ainda hoje, existem importantes entraves relacionados aos valores pessoais (culturais, morais, religiosos e sociais) dos profissionais para efetivação da atenção integral à saúde da mulher em situação de abortamento, enquanto direito. O presente estudo adotou como metodologia a abordagem de métodos mistos, sendo esta, uma combinação de técnicas qualitativas e quantitativas, que propiciou maior riqueza da análise dos dados. A abordagem de métodos mistos viabilizou a avaliação da efetividade da política pública de atenção integral à saúde da mulher em situação de abortamento em serviço de referência, bem como, a construção do perfil dos atendimentos realizados, no período de 2001 a 2015. Atualmente avaliar resultados e impactos de políticas públicas através da execução de serviços, programas e projetos têm sido cada vez mais necessários e usual na verificação de avanços e dificuldades das políticas, assim orientando na redefinição e implementação de políticas públicas que atendam as necessidades e direitos da população feminina.

Palavras - chave: Avaliação de Política Pública. Atenção Integral. Aborto inseguro.

ABSTRACT

The study proposes the analysis of comprehensive care to woman's health as a political right, from the perspective of legal abortion for pregnant women victims of sexual violence assisted by referral services in the state of Pernambuco. Two groups were investigated - a multidisciplinary team of specialized services and the other composed of women who fit the profile of the Ministry of Health's protocol for legalized abortion. The literature suggests that unsafe abortion is still a major cause of maternal death in Brazil, being in the Northeast, especially in the state of Pernambuco that there is the highest rate of unsafe abortion. The Ministry of Health, based on national and international plans is acting in a intra and inter-sectoral manner, expanding access to comprehensive health care for women in abortion situations, assisting health professionals in the organization of services and the development of effective action, that should be qualified and free of moral judgment for abortion in the cases provided by law. In Brazil, abortion is considered a crime except in cases provided by law, stated in Article 128 and Items I, II, III of the Criminal Code (1940). Service to Support Women - investigated field was created with the purpose of offering comprehensive care to women in situations of violence in the state of Pernambuco, including those who become pregnant by sexual violence and decide for abortion (article 128; section II; Criminal Code). However, today, there are important barriers related to personal values (cultural, moral, religious and social) of professionals that execute the comprehensive health care of women having an abortion as a right. This study adopted the mixed methods approach, a methodology, which is a combination of qualitative and quantitative techniques, which provide a greater wealth of data analysis. The approach of mixed methods enabled the evaluation of the effectiveness of public policy of comprehensive health care of women having an abortion in a reference service, as well as the construction of the profile of the services rendered, between 2001 and 2015. Currently evaluating the results and impacts of public policies through the implementation of services, programs and projects has become ever more necessary and usual for the verification of the advancements and difficulties of said policies, thus guiding the redefinition and implementation of public policies that address the needs and rights of the female population.

Keywords: Public Policy Evaluation. Comprehensive Care. Unsafe abortion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Aborto no Mundo em Milhões	39
Gráfico 2 - Religiões nos Estados Unidos	39
Gráfico 3 – Proporção de Abortos Inseguros	41
Gráfico 4 – Percentual de Abortos de risco no mundo	41
Gráfico 5 – Tipos de Violência (2001-2015)	88
Gráfico 6 – Mulheres Atendidas no SAMWL por Idade (2001-20015)	88
Gráfico 7 – Local de Ocorrência das Violências (2001-2015)	89
Gráfico 8 – Caracterização do Agressor (2001- 2015)	90
Gráfico 9 – Incidências das Violências por Tipo e Hora (2001- 2015)	91
Gráfico 10 – Casos semanais de violência física (2001 – 2015)	93
Gráfico 11 – Incidência de violência por tipo e local	94
Gráfico 12 – Violência sexual por faixa etária	95
Gráfico 13 – Casos semanais de violência sexual (2001-2015)	96
Gráfico 14 – Encaminhamentos realizados ao SAMWL (2001- 2015)	100
Gráfico 15 - Perfil das Mulheres que buscam o abortamento	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Horários de Maior Incidência das Violências	90
Tabela 2- Local de ocorrência da violência sexual/agressores	99
Tabela 3 - Escolaridade das mulheres que efetivaram aborto no serviço (2013- 2015).	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACB - Análise custo-benefício
ACE - Análise custo-efetividade
AGI - Alan Guttmacher Institute
AI 5 – Ato Institucional número 5
AMIU – Aspiração Manual Intra – Uterina
AVP – Atentado Violento ao Pudor
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CF/88 – Constituição Federal de 1988
CISAM – Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado em Assistência Social
DEAM – Delegacia Especializada de atendimento à Mulher
DST – Doenças sexualmente transmissíveis
GPCA – Gerência de Polícia de Criança e do/a Adolescente
HAM – Hospital Agamenon Magalhães
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMIP – Instituto Materno Infantil
IML – Instituto Médico legal
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
NTHA - Norma Técnica Humanizada ao Abortamento
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG'S - Organizações não governamentais
ONU – Organização das Nações Unidas
PAISM – Programa de Atuação Integral à Saúde da Mulher
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNPM - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

RMR – Região Metropolitana do Recife

SAMWL – Serviço de apoio à Mulher Wilma Lessa

SEVS - Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SPM - Secretaria de Políticas para as Mulheres

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TE - Taxas de efetivação

TNE - Taxas de não efetivação

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	MULHERES: PERCURSO SOCIAL E AVANÇO POLÍTICO NO BRASIL	22
3	ABORTO E CONTEXTOS	33
3.1	Implicações históricas e jurídicas	33
3.2	O aborto no Brasil e no mundo	36
4	GÊNERO E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	42
4. 1	Violência doméstica e familiar	48
4.1.1	Violência psicológica	51
4.1.2	Violência moral	52
4.1.3	Violência física	52
4.1.4	Violência sexual	53
4.1.5	Violência sexual conjugal	54
4.1.6	Estupro e estupro de vulnerável	55
4.2	A Lei Maria da Penha – Lei 11.340/2006	56
4.3	A ficha de notificação de agravos e subnotificação do aborto	57
5	CONSIDERAÇÕES CONCEITUAIS EM POLÍTICAS PÚBLICAS	59
5.1	O aborto na agenda das políticas públicas no Brasil	64
5.2	Avaliação de políticas públicas – um desafio necessário	66
6	PERCURSO METODOLÓGICO	75
6.1	Objetivos.....	75
6.2	Objetivo geral	75
6.3	Objetivos específicos	75
6.4	Hipóteses de pesquisa.....	75
6.5	Aspectos éticos	76
6.6	Campo de investigação	77
6.7	Voluntários da pesquisa (critério de inclusão e exclusão)	78

6.8	Coleta de dados.....	80
6.9	Análise dos dados	83
6.10	Análise geral do perfil dos atendimentos realizados no Serviço de Apoio à Mulher	86
6.11	Análise do perfil dos atendimentos envolvendo violência psicológica.....	90
6.12	Análise do perfil dos atendimentos envolvendo violência física	91
6.13	Análise do perfil dos atendimentos envolvendo violência sexual.....	93
6.14	Análise do perfil dos atendimentos às mulheres em situação de abortamento proveniente de violência sexual no Serviço de Apoio à Mulher - 2013 a 2015	99
6.15	Análise das entrevistas com os profissionais de saúde do Serviço de Apoio à mulher.....	104
6.16	Análise das entrevistas com as pacientes indicadas para o aborto legal no Serviço de Apoio à Mulher.....	116
7	DISCUSSÃO	124
8	CONCLUSÕES	131
	REFERÊNCIAS	134
	APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS.	141
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS PACIENTES.....	143
	APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS – RESOLUÇÃO 466/12).....	144
	APENDICE D TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS – RESOLUÇÃO 466/12).....	147
	APENDICE - E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS – RESOLUÇÃO 466/12).....	150
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	153

1 INTRODUÇÃO

O estudo propõe a análise da atenção integral à saúde da mulher, enquanto direito político, diante da situação de abortamento legal, em mulheres gestantes por violência sexual em serviço de referência no estado de Pernambuco, sendo este, o Serviço de apoio à Mulher – Wilma Lessa (SAMWL).

A atenção integral à saúde da mulher é um direito político inserido na ótica da “integralidade” - um dos princípios fundamentais no Sistema Único de Saúde (SUS) e nos planos, programas e diretrizes nacionais de enfrentamento à violência de gênero, sendo este o motivo pela escolha do eixo da integralidade para a avaliação das políticas públicas de saúde voltadas às mulheres. No serviço citado, são realizadas práticas multiprofissionais com vistas a acolher e tratar de maneira humanizada, mulheres em situações de violência e seus agravos incluindo o abortamento decorrente da violência sexual. Diante disto, a atenção integral foi avaliada junto às práticas dos profissionais de saúde quando solicitados a efetivar o aborto previsto em lei, nesse caso, em pacientes gestantes provenientes de estupro.

A avaliação de uma política pública perpassa por importantes fases sendo estas; formulação, implementação, resultados e impactos, constituindo uma *policy cycle*. As fases não são estanques entre si, mas por vezes, são estudadas isoladamente para melhor compreensão.

No presente estudo, a avaliação das políticas voltadas à saúde integral da mulher está centrada na observância dos resultados e impactos gerados nas políticas públicas de saúde, através do SAMWL, sendo este um serviço especializado e preconizado por meio da Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher e Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher. As citadas políticas têm como expectativa às equipes de saúde, que o combate e o enfrentamento à violência contra a mulher sejam realizados de maneira integral, qualificada e humanizada, sendo estes, direitos já conquistados pela população feminina.

Como técnica de avaliação foram utilizados métodos mistos, envolvendo dados secundários, captados de prontuários clínicos e livros de registros, e dados qualitativos, coletados através de entrevistas semiestruturadas. A análise quantitativa descritiva dos dados secundários viabilizou a construção do perfil dos atendimentos realizados no SAMWL, entre os anos de 2001 a 2015. Estes foram captados de 403 prontuários de mulheres atendidas no serviço, sendo esta, uma amostra representativa do universo existente até dezembro de 2015,

onde havia sido realizado um total de 7842 atendimentos às mulheres vitimadas por violências psicológicas, físicas e/ou sexuais.

As entrevistas aos profissionais de saúde e pacientes foram realizadas para aprofundamento dos aspectos pertinentes a efetivação da política de atenção à saúde da mulher em situação de abortamento legal. Para a análise e discussão dos dados, foram utilizados Planos Nacionais e Normas Técnicas do Ministério da Saúde, além de literatura pertinente à atenção integral à saúde da mulher em situação de abortamento e à garantia de direitos, visando o pleno exercício da cidadania.

Salienta-se que a pesquisa não possui ênfase na atuação médica e sim, na atuação multiprofissional de atenção integral à saúde da mulher em situação de abortamento e seu impacto (respostas) nas políticas públicas vigentes direcionadas à saúde integral das mulheres.

Apesar do reconhecimento nacional e internacional de que o aborto é um grave problema de saúde pública, no Brasil, e em alguns outros países em desenvolvimento, a construção social negativa e estigmatizante e a existência de restrições legais para a efetivação segura do procedimento, ainda é o que prevalece. Segundo a OMS, os índices mais altos de abortamentos inseguros, ou seja, que impõem riscos de morte às mulheres estão nos países em que existe algum tipo de restrição ao aborto.

A fim de compreender a efetividade da política, através da atuação no serviço, diante dos casos de abortamentos previstos em lei, provenientes de gravidezes por violência sexual, o estudo visa compreender se os valores intrínsecos aos profissionais de saúde, bem como, se suas apropriações teórico-políticas interferem nos protocolos de atenção integral à saúde da mulher em situação de abortamento, assim fragilizando as políticas públicas de saúde.

A efetividade da atenção integral à saúde das mulheres “compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas” (BRASIL, 2004, p. 64).

O atendimento ofertado deve ser humanizado e norteado pelo respeito às diferenças e sem qualquer imposição de valores e crenças pessoais. Olhar integralmente a questão do

aborto é lidar de maneira humana com as vivências das mulheres, neste momento tão difícil (BRASIL, 2011).

A inquietação de pesquisa se deu através de experiência profissional e interdisciplinar no serviço, sobretudo diante das situações de violência sexual que resultavam em gravidezes, visto que, era notado certo constrangimento entre os profissionais de saúde do serviço, quando diante da possibilidade de indicar e/ou efetivar o aborto previsto em lei. Quanto às pacientes, eram observadas mudanças de posicionamentos entre algumas mulheres (desistências quanto ao procedimento), mesmo após terem passado por todo o percurso institucional para o consentimento do abortamento, também instigando o entendimento.

No primeiro capítulo será apresentada a retrospectiva social e histórica das mulheres, bem como, o reflexo deste percurso na formulação e implementação das políticas públicas de atenção integral à saúde das mulheres no Brasil.

O segundo capítulo apresenta a temática do aborto, inicialmente, por meio da moral, fundada nas concepções religiosas e na necessidade de controle do corpo da mulher. São citados os avanços nos procedimentos clínicos, concernentes ao aborto no campo das ciências da saúde, sugerindo ampliação da discussão sobre o tema, na esfera jurídica do país. Por último, apresenta ainda, uma visão panorâmica do abortamento no Brasil e no mundo.

No terceiro capítulo são apresentadas considerações conceituais sobre gênero e a violência infligida contra a mulher em suas diferentes formas de expressão. Em seguida, é apresentada a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06), enquanto importante mecanismo de defesa às mulheres em situação de violência doméstica e a Ficha de Notificação de Agravos, sendo esta, fundamental para visibilidade da ocorrência da violência de gênero e para a implementação de políticas públicas direcionadas à construção de ações de prevenção e combate a estas violências.

O Capítulo quatro realiza breve aproximação teórica a respeito do conceito de política pública e suas fases. Está dividido em duas subseções; a primeira contextualiza a problemática do aborto, como parte das preocupações e lutas políticas dos movimentos feministas, na busca pela inserção da atenção integral à saúde da mulher, nas agendas das políticas públicas de saúde - sendo este um importante avanço nos direitos sexuais e

reprodutivos das mulheres. A segunda subseção aborda a respeito da avaliação em políticas públicas e a importância de sua aplicação durante todo o ciclo de determinada política pública.

O Capítulo cinco transcorre por todo o percurso metodológico, apresentando os objetivos geral e específicos; hipóteses de pesquisa; aspectos éticos; campo de investigação; voluntários da pesquisa; o procedimento de coleta de dados e a análise dos dados qualitativos e quantitativos.

Os dados quantitativos foram captados de prontuários clínicos no próprio serviço. Estes contribuíram para a construção do perfil dos atendimentos realizados às mulheres em situação de violência, no contexto das violências psicológica, física e sexual. Cabe destacar que para a análise dos foram utilizadas apenas planilhas Excel.

Os dados qualitativos foram obtidos e analisados através de entrevistas individuais e semiestruturadas, em momentos distintos, com profissionais de saúde e pacientes em situação de abortamento, ambos do Serviço de Apoio à Mulher – Wilma Lessa.

A análise é apresentada em três subseções. A primeira diz respeito à análise quantitativa dos dados, discorrendo acerca do perfil dos atendimentos realizados pelos profissionais de saúde no SAMWL. A segunda subseção apresenta parte da análise qualitativa realizada, com os profissionais de saúde do serviço, onde relatam suas experiências diante do protocolo institucional para o abortamento. Por fim, na terceira subseção é explicitada, a análise das entrevistas com as pacientes que se submeteram ao aborto previsto em lei em decorrência de gestações por violência sexual. Ambas as entrevistas subsidiaram na avaliação da efetividade da atenção integral à saúde da mulher.

O Capítulo seis explicita a discussão dos resultados, avaliando a política pública em questão, a partir das entrevistas entre profissionais de saúde do SAMWL e pacientes em situação de abortamento, expondo a compreensão da efetivação da atenção integral no referido serviço.

Finalmente, no último capítulo, são explicitadas as conclusões a respeito dos casos de violência contra a mulher atendidos no serviço e a efetivação da política pública. Além disso, contam as considerações pertinentes aos aspectos favoráveis e limitações encontradas para o

desenvolvimento da pesquisa, bem como, sugestão para pesquisas futuras no contexto da temática do abortamento legalizado, que visem à implementação das políticas públicas no segmento estudado.

2 MULHERES: PERCURSO SOCIAL E AVANÇO POLÍTICO NO BRASIL

Em DeSouza; Baldwin (2000), no século XV, durante a Colonização pelos portugueses, as índias e africanas eram tidas como forças de trabalho e objeto sexual. Com a chegada da mulher europeia, estereótipos foram sendo construídos e reforçados aos papéis femininos. Estas eram vistas como mulheres frágeis, sensíveis e submissas e suas vidas eram restritas aos limites da casa e da Igreja, devendo perpetuar este modelo.

Na época Imperial entre 1822 e 1889 a rígida disciplina patriarcal foi enfraquecida e as mulheres puderam, inclusive, ocupar alguns espaços de trabalho, no campo da educação e da política, áreas geralmente dominadas pelos homens (DESOUZA; BALDWIN, 2000). Na virada do século, as mulheres foram empregadas em ferrovias, atividades telegráficas, nos correios, na enfermagem e secretariado, além de serem inseridas na educação como professoras. Nesta ocasião, muitos eram os desnivelamentos sociais, mas existiam grupos organizados por operárias que reivindicavam melhores condições de trabalho.

No século XX existiam propostas e reivindicações bem mais estruturadas. Em assembleias, as mulheres debatiam questões pertinentes à licença maternidade, melhores condições de trabalho e salário. Tornaram-se pioneiras nas áreas da política, na força de trabalho, na educação e na imprensa (HAHNER, 1990 *apud* DESOUZA; BALDWIN, 2000).

Em 1910, foi formado o Partido Republicano Feminino, onde as mulheres podiam expressar suas opiniões, embora ainda que não tivessem direito ao voto, mas lutavam por sua emancipação. Em 1932, as mulheres tiveram direito a voto, no entanto, o Presidente Getúlio Vargas considerou os partidos políticos ilegais e suspendeu nacionalmente o voto feminino em 1945. Em 1964, com o golpe militar, o movimento feminista fez pouco progresso até o início dos anos de 1970. Neste mesmo ano, o movimento feminista emerge de forma consistente e organizada exigindo que suas reivindicações políticas femininas fossem inseridas no sistema político brasileiro.

Em 1975 com o enfraquecimento da ditadura, e com a eleição indireta do presidente Ernesto Geisel, alguns Direitos Humanos foram restaurados, inclusive sendo revogado o Ato

Institucional número 5 (AI5)¹. O presidente preparou o terreno para o retorno dos exilados, que aconteceria no governo de seu sucessor. Geisel era de uma linha mais branda do militarismo e por isto recebeu muitas críticas das linhas mais duras. Foi responsável pelo período de redemocratização do país, como ele mesmo dizia “lento, gradual e seguro”. Durante o seu governo foi instituído, pelo movimento feminista e as pressões de instituições internacionais o Dia Internacional das Mulheres.

Na década de 1970 e 1980 as conquistas femininas ocorreram paralelamente ao movimento sanitarista, que reivindicava revisão nas políticas públicas de saúde. Estes dois movimentos, juntos, tornaram as lutas políticas ainda mais fortes e as mulheres, deram continuidade ao seu percurso histórico e político, obtendo conquistas fundamentais na área da saúde, tais como, decisivas discussões sobre planejamento familiar verso controle da natalidade (MESQUITA, 2011).

As discussões iniciadas por estes dois movimentos apontavam para a necessidade de diálogo entre diferentes olhares na direção do cuidado integral da saúde dos indivíduos. A integralidade, surgiu como expressão nas políticas de saúde e, devendo ser efetivada através de serviços, programas, práticas e ações no Sistema Único de Saúde – SUS (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

A integralidade em seu exercício deixou de ser algo que norteava ou dava noções do que deveria ser entendido como saúde, surgiu como uma nova configuração política em saúde e garantida como lei no artigo 198 da Constituição Federal de 04 de outubro de 1988 e devendo ser efetivada pelas ações, programas e serviços do SUS.

O princípio da integralidade é um dos mais preciosos em demonstrar que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupo de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população. Ou seja, a cada qual de acordo com suas necessidades, inclusive no que pertine aos níveis de complexidade diferenciados. Colocá-lo em prática é um desafio permanente e dinâmico (BRASIL, 2000, p. 31).

¹ O ato tornava a repressão militar ainda mais forte.

Nesta conjuntura, a partir das reivindicações dos movimentos feminista e sanitarista, sobretudo no que se refere às reivindicações no campo da atenção integral à saúde e qualidade de vida das mulheres, os espaços de conquistas em políticas públicas foram se ampliando e se firmando através da elaboração e efetivação de Planos, Programas, Normas e Diretrizes.

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1983) se tornou uma avançada proposta política de saúde pública que representou uma transição no conceito de saúde materno-infantil para o conceito de saúde integral da mulher. O Programa introduziu naturalmente ao seu discurso, as ações direcionadas à saúde sexual e reprodutiva do casal, pontuando enquanto direito básico de saúde, a autonomia da mulher e do casal para decidir o tamanho de sua prole. O Programa priorizava a plena qualidade de vida sexual e reprodutiva, com a assistência necessária do Estado. Neste contexto, a saúde passou a ser entendida como um direito de todos e dever do Estado.

Em 1986 o PAISM, por meio de Portaria n. 3.360/86 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) foi indicado como referência à atenção integral à saúde das mulheres. A portaria orientava ainda, como deveriam ser implantadas as ações do PAISM em articulação com as ações integradas do Ministério da Saúde.

Entretanto, na avaliação de Costa (2009), o PAISM passou por um momento de dificuldades para o real desenvolvimento de suas ações, sobretudo no início da década de 1990, mediante o quadro recessivo do governo, com seus ajustes fiscais. Mesmo diante deste quadro, o movimento feminista se fortaleceu desenvolvendo ações junto a ONG's, qualificando pessoas engajadas com a temática da saúde integral da mulher enquanto direito. Nesta época, o movimento feminista, implementou ações junto ao Ministério da Saúde, através da elaboração de materiais educativos e técnico normativos para a atenção e cuidado à saúde das mulheres.

Segundo Correa e Piola (2002) *apud* Costa (2009), o PAISM encontrou dificuldades na esfera Federal, durante o seu processo de implantação. Contraditoriamente, o Ministério da Saúde priorizou a mulher em suas ações, a partir de 1988, embora que ainda, com enfoque nas ações reprodutivas, como pré-natal, parto e contracepção, ficando a atenção integral ainda a desejar.

Segundo os autores, atualmente, a participação social das mulheres na área da saúde é irrisória, quando analisados os dados de informações do Sistema Nacional de Informações sobre Conselhos e Conselheiros (ParticipanetSUS). Em 2007 entre os 5.463 conselhos municipais de saúde, existem 276.542 entidades representando os usuários. Entre estas, apenas 623, ou seja, 0,23% são relacionados às temáticas das mulheres. Dentre as 623 entidades, 54,57% são clubes ou associações de mães; 26,48% são movimentos sociais de mulheres; 8,19% são entidades sindicais e as demais, outras categorias (CORREA; PIOLA, 2002 *apud* COSTA, 2009).

Por outro lado, existe uma grande representação dos movimentos de mulheres no Conselho Nacional de Saúde (CNS), além de outras representações, tais como representantes da população negra, LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros), população do campo e sindicalistas. Este cenário é considerado como favorável para os avanços das questões que envolvem a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. No entanto, os mesmos autores argumentam que a inclusão da temática da saúde da mulher nas pautas e debates são raras, visto que no período investigado entre os anos de 2003 a 2007, das 45 vezes que o tema foi introduzido, por seis vezes (13,3%) envolveu o debate e a aprovação de política e programas para as mulheres; oito vezes (17,7%) tratou de tema de avaliação e monitoramento de políticas e programas e em cinco das sessões (11,11%) tratou do posicionamento ético e político do colegiado (CORREA; PIOLA, 2002 *apud* COSTA, 2009).

Em 2003 a 12ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema *Saúde: Um direito de todos e um dever do Estado. A Saúde que temos, o SUS que queremos*, teve em um de seus subtemas “Saúde e Gênero”. O avanço na implantação da Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) é considerado mais um avanço no âmbito do direito e das políticas públicas para as mulheres.

A avaliação dos problemas de saúde das mulheres e as demandas em busca da plena efetivação do SUS e do PAISM vieram à tona na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres em 2004. No ano de 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) veio consolidar as ações propostas no PAISM em 1983, principalmente,

no tocante aos direitos sexuais e reprodutivos, ampliando as ações direcionadas à saúde da população feminina. As ofertas de serviço foram redimensionadas, as ações, portanto, devem ocorrer ao nível da prevenção e tratamento, não apenas ao ciclo gravídico puerperal, como anteriormente, mas incluindo outras demandas de saúde da mulher, como por exemplo, a assistência à violência sexual e doméstica.

Na PNAISM, a humanização e a qualidade no atendimento são princípios para uma política de atenção integral à saúde da mulher. Eleger estes princípios na política, não se deu por acaso, visto que existe um histórico de discriminação e maus tratos às mulheres em espaços institucionais de saúde. Em seu escopo, a Política salienta que, disponibilizar recursos tecnológicos e resolver problemas relacionados à saúde não garante a atenção integral.

Na perspectiva da atenção integral, a qualidade e humanização devem caminhar juntas. A prática humanizada é mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável,

é um processo contínuo que demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamento de cada pessoa envolvida na relação. É preciso maior conhecimento de si, para melhor compreender o outro com suas especificidades e para poder ajudar sem procurar impor valores, opiniões ou decisões (BRASIL, 2004, p. 60).

São objetivos gerais da PNAISM:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro;
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Em seus objetivos específicos aponta como prioridade desenvolver ações que garantam atenção humanizadas às mulheres nas seguintes situações:

- Mortalidade materna, com subdivisões que abrangem; precariedade da atenção obstétrica; precariedade da assistência em anticoncepção; DST/HIV/Aids; qualificação e humanização a atenção à mulher em situação de abortamento;
- Violência doméstica e sexual;
- A saúde de meninas adolescentes;
- Saúde da mulher no climatério/menopausa;
- Saúde mental e gênero;
- Doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico;
- Saúde das mulheres negras;
- Saúde das mulheres indígenas;
- Saúde das mulheres lésbicas;
- Saúde das mulheres residentes e trabalhadoras na área rural;
- Saúde das mulheres em situação de prisão

Diante deste contexto, o SUS deve estar orientado e capacitado para garantir a efetivação da política de atenção integral, numa perspectiva que contemple as necessidades da população feminina em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (BRASIL, 2004).

PAISM e PNAISM impulsionaram o Ministério da Saúde (2005) à elaboração de normas técnicas que promovessem a atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento. A primeira edição foi construída ano de 2005, sendo esta, a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (2005), com a finalidade de promover o conhecimento técnico científico e a sensibilização dos profissionais de saúde para a aplicação de práticas humanizadas diante das situações de violência sexual e seus agravos, incluindo o abortamento (BRASIL, 2005a). A segunda edição, a Norma Técnica Humanizada ao Abortamento (2011),

reafirma em todo seu escopo a importância da atenção integral, por meio de atendimentos mais humanizados e qualificados às mulheres em situação de abortamento, sendo este, obrigação de todos os profissionais de saúde que lidam com tais questões. A norma técnica em 2011 traz orientações para uma prática qualificada, eficaz e livre de julgamentos morais nos casos de abortamento, base de uma saúde pública realmente universal, integral e unânime (BRASIL, 2011).

Segundo a OMS, metade das ocorrências das gestações é indesejada, com uma a cada nove mulheres recorrendo ao aborto para interrompê-las. Quanto ao abortamento espontâneo ocorre em até 15% das gestações e desencadeia sentimentos de culpa e perda nas mulheres, pela incapacidade de levar a gestação até o final.

Muitas vezes o abortamento traz complicações ao sistema reprodutivo, exigindo atenção segura e humanizada. O Ministério da Saúde explicita que as gestações indesejadas se dão por diferentes motivos, entre eles, a falta de informação adequada a respeito dos métodos contraceptivos e planejamento familiar, dificuldade de acesso aos métodos, falhas em seu uso ou ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde. Contudo, destaca que na maioria das mulheres, a gestação que motiva o aborto é aquela proveniente de violência sexual.

A norma técnica define o abortamento como sendo a interrupção da gravidez até a 20^a ou 22^a semana, com produto da concepção pesando menos de 500g e o aborto, sendo o produto da concepção eliminado no abortamento. Classifica os abortos em, ameaça de aborto; abortamento completo; abortamento inevitável/incompleto; abortamento retido; abortamento infectado; abortamento habitual e abortamento previsto em lei.

O presente estudo caracterizou como abortamento inseguro todo aquele que envolve técnica utilizada pela própria mulher sem acompanhamento médico e fora dos serviços de saúde, por seus diversos motivos. Nestes casos, pesquisas apontam que estas mulheres utilizam como técnica de abortamento, chás, agulhas, socos, quedas entre outras. Serão aqui caracterizados como abortamento seguro, aqueles realizados por profissionais, em instituições públicas de saúde com procedimentos normatizados e adequados, segundo orientações do Ministério da Saúde.

Salienta-se que a desumanização no atendimento por parte dos profissionais de saúde, o medo e a vergonha dificultam a busca das mulheres pelo atendimento médico adequado, assim retardando o cuidado e agravando do quadro clínico, o que acaba levando cerca de mais de um milhão de mulheres à óbito no país. No Brasil, o atendimento desumano a estas mulheres ainda é uma notória realidade e tem-se como expressões destes atendimentos a recusa de internações, a longa espera para a realização dos procedimentos e a demora para responder as demandas das mulheres neste sentido.

O abortamento representa um grave problema de saúde pública, tendo maior incidência em países em desenvolvimento, sendo uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, inclusive no Brasil. Segundo Ministério da Saúde, a discussão

[...] envolve uma intrincada teia de aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais. Vulnerabilidades como desigualdade de gênero, normas culturais e religiosas, desigualdade de acesso à educação, e múltiplas dimensões de pobreza – com falta de recursos econômicos e de alternativas, dificuldade de acesso à informação e direitos humanos, a insalubridade, dentre outros fazem com que o abortamento inseguro atinja e sacrifique, de forma mais devastadora, mulheres de comunidades pobres e marginalizadas (BRASIL, 2011, p.7).

Outro importante marco no avanço dos direitos políticos das mulheres foi a Política Nacional de Enfretamento à Violência contra as Mulheres, elaborada a partir o Plano Nacional de Política para as Mulheres (PNPM), sendo esta última, elaborada com base na 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres em 2004. A partir do PNPM se definiu que as ações de enfrentamento à Violência contra as Mulheres, não mais se restringiriam a ações de assistência social e segurança, mas envolveriam diferentes setores do Estado, a fim de garantir os direitos das mulheres, sobretudo, com direito a uma vida sem violência.

Neste contexto,

a Política Nacional de Enfretamento à Violência contra as Mulheres tem por finalidade estabelecer conceitos, critérios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres em situação de violência, de acordo com as normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional (BRASIL, 2011a, p.9).

A Política Nacional de Enfretamento à Violência contra as Mulheres é operacionalizada a partir de quatro eixos fundamentais: a Prevenção, o combate, a assistência e a garantia de direitos. Estas áreas estruturam a política mencionada, e para que possam ser efetivas é necessário o monitoramento sistemático das políticas de enfrentamento à violência contra a mulher.

Neste sentido, espera-se que no eixo da prevenção sejam realizadas ações educativas e culturais que interfiram nos padrões sexistas, já no eixo do combate é previsto o cumprimento das ações punitivas e a Lei Maria da Penha. No eixo da assistência, deve ser garantido à rede de atendimento e formação dos agentes públicos; quanto ao eixo da garantia de direitos, deve ser observado o cumprimento da legislação nacional e internacional, além das iniciativas que promovam o empoderamento das mulheres.

A rede de atendimento é pontuada nesta Política como algo fundamental para a garantia da execução das políticas de enfrentamento. A rede, através de seus atores governamentais e não governamentais devem trabalhar para garantir a desconstrução dos padrões sexistas e de desigualdade de gênero. Contudo, se tem notado que os serviços efetivam suas ações de maneira isolada e desarticulada, assim fragilizando a integralidade do atendimento.

A articulação da rede entre os parceiros governamentais, não governamentais e com a comunidade, amplia a oferta de serviços, melhora a qualidade de atendimento às mulheres em situação de violência, além potencializar a realização de encaminhamentos mais adequados. As ações em rede devem ainda ser desenvolvidas visando a prevenção das situações de violência.

De acordo com a Política, a ênfase na criação de uma rede adequada leva em conta a observação da rota crítica², ou seja, o percurso institucional das mulheres. A rota crítica de atendimento às mulheres em situação de violência possui várias portas de entradas, como, delegacia, urgências, centros de referências, serviço social e outros, que se não estiverem bem

² Caminho percorrido pelas mulheres na tentativa de encontrar respostas do Estado frente à situação de violência. Esta trajetória se caracteriza por idas e vindas, círculos que fazem que o mesmo caminho seja repetido sem resultar em soluções, levando ao desgaste emocional e à revitimização (BRASIL, 2011a).

articuladas, qualificadas e afinadas em sua comunicação acabam por revitimizar as mulheres em situação de violência.

Compõe a Rede de Atendimento à mulher em situação de violência no âmbito governamental:

1. Centros de referência;
2. Casas abrigo;
3. Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM's);
4. Defensorias da mulher;
5. Juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher;
6. Central de atendimento à mulher – Ligue 180;
7. Ouvidorias;
8. Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS);
9. Centro de Educação e Reabilitação do Agressor;
10. Polícia Civil e Militar;
11. Instituto Médico Legal;
12. Serviços de saúde voltados para o atendimento dos casos de violência sexual e seus agravos – área da saúde que por meio das normas técnicas nacionais prestam assistência médica, de enfermagem, psicologia e serviço social às mulheres vítimas de violência sexual, inclusive quanto à interrupção da gravidez proveniente de violência sexual.

São princípios desta Política:

1. Igualdade e o respeito à diversidade – mulheres e homens devem gozar de direitos e deveres iguais. A igualdade implica em respeito à diversidade cultural, raça, inserção social, situação econômica e regional e os diferentes ciclos de vida das mulheres;
2. Equidade – a todas as pessoas deve ser garantida a igualdade de oportunidades, observando-se os direitos universais e as questões específicas das mulheres;

3. Autonomia das mulheres;
4. Laicidade do Estado - as políticas para as mulheres devem ser implementadas independente de valores religiosos, de forma a assegurar os direitos consagrados na Constituição Federal de 1988 e nos instrumentos e acordos internacionais onde o Brasil é signatário;
5. Universalidade das políticas – as políticas públicas devem garantir, em sua implementação o acesso aos direitos sociais, políticos, econômicos e culturais e ambientais para todas as mulheres;
6. Justiça social;
7. Transparência dos atos públicos;
8. Participação e controle social – participação das mulheres na formulação, implementação, avaliação e controle social das políticas públicas devem ser garantidos e ratificados pelo Estado brasileiro, como medida de proteção aos direitos humanos das mulheres e meninas.

A Política tem como diretrizes garantir o cumprimento dos tratados, acordos e convenções internacionais firmadas, inclusive com o Brasil; reconhecer a violência de gênero, raça e etnia como cultural e histórica; combater qualquer forma de exploração do corpo e da vida das mulheres; implementar medidas preventivas nas políticas públicas, de maneira integrada e intersetorial; incentivar a formação e a capacitação dos profissionais para o enfrentamento da violência contra as mulheres, sobretudo no âmbito da assistência e estruturar redes de atendimento à mulher em nível Federal, Estadual e Municipal.

No estado de Pernambuco no ano de 2001, foi criado o Serviço de Apoio à Mulher em Situação de Violência – Wilma Lessa, com a finalidade de desenvolver atividades de acolhimento, humanização e tratamento através de acompanhamento multiprofissional e interdisciplinar a mulheres em situação de violência. Sendo este objeto de estudo da presente pesquisa.

3 ABORTO E CONTEXTOS

3.1 Implicações históricas e jurídicas

Em Meira e Ferraz (1989), a questão do aborto, desde a antiguidade, sempre ocupou lugar de destaque na esfera das polêmicas sociais, envolvendo áreas complexas que vão da ciência até a religião, passando pela ética, pela política e pelos aspectos jurídicos. Os hebreus dispunham de artigos em seu código de leis que puniam, até mesmo com a pena de morte, aqueles que provocassem o aborto. Aristóteles, que inicialmente, se mostrara contrário à prática do aborto, acabou por aceitar, desde que o embrião ainda não tivesse sensibilidade nem vida. Inclusive, esta questão, tornou-se uma discussão fundamental, na filosofia e na teologia.

Durante a época do Império Romano, a questão do aborto foi tratada, na esfera social e na jurídica. No início, não era considerado crime, uma vez que o feto era entendido como parte integrante do corpo materno. Aos poucos, com o advento do cristianismo o aborto passou a ser imoral e definitivamente proibido.

O resgate histórico reitera que toda forma de aborto, sendo este liberado ou não, foi uma prática social constante, aparecendo hoje em dia como um dos mais sérios problemas de saúde pública (MEIRA; FERRAZ, 1989). Os autores argumentam que as discussões acerca da liberação do aborto ou suas restrições ainda são embasadas em questões sociais e políticas. Trata-se de uma questão polêmica, situada em um domínio onde a argumentação racional e científica, sofre embate com argumentações de cunho religiosas e de preconceitos culturais e sociais. Isto porque, na esfera da ciência, principalmente na medicina, existe desenvolvimento suficiente não só para a prática do aborto de maneira segura, bem como, a detecção minuciosa de casos em que ele se faz necessário.

No que se refere à temática do aborto, Loureiro e Vieira (2004) apresentam a necessidade de revisão da legislação brasileira diante do aborto, dado os avanços tecnológicos na medicina, onde a mulher, atualmente, tem os riscos clínicos reduzidos, quando acompanhada adequadamente por profissionais de saúde. Contudo, a questão maior inserida

nesta discussão, não parece ser a saúde ou a vida da mulher e sim a questão do direito à vida que se impõe ao feto que ela carrega, onde perpassam desde os tempos antigos, questões de moralidade e religiosidade (LOUREIRO; VIEIRA, 2004).

Sciammarella (2012) expõe que a temática do aborto é de grande relevância para a sociedade, com grande repercussão no âmbito jurídico e no âmbito da saúde das mulheres. Diz que o impasse da saúde da mulher e a legislação vigente no tocante ao aborto é algo urgente a ser discutido e revisado.

O Código Penal, Doutrina e jurisprudência autoriza o aborto praticado por médico quando não há outro meio de salvar a mulher (Art.128, I); quando resultante de violência sexual (Art. 128, II); se o feto é portador de anencefalia, comprovada por laudos independentes de dois médicos (Art. 128, III, acrescido no ano de 2012).

Desta forma, qualquer outra situação de prática do aborto é considerada criminosa. Reflete que, por outro lado, os índices de internações hospitalares em consequência de abortamentos são tão altos que alguns estudiosos na área, consideram que "o aborto no Brasil já foi legalizado por estratificação econômica e social". Conforme aponta Sciammarella (2012), sobre os dados da pesquisa “Dados e reflexões sobre a condição de ilegalidade do aborto: no âmbito da Saúde e da Justiça” (2007),

[...] a penalização por este tipo de crime recai sobre os historicamente pobres e excluídos, e concluiu que, “em geral, as envolvidas nos processos judiciais são as mulheres pobres, negras, com pouca instrução e que vivem na periferia de grandes cidades” (SCIAMMARELLA, 2012, p. 294).

Surge então a questão: Qual o papel da justiça diante de uma realidade social explicitamente desigual e uma legislação nacional que criminaliza o aborto, muitas vezes, apenas entre estas mulheres que, em sua maioria, são as que chegam aos serviços de saúde pública?

Mas pensar a questão é considerar que estamos inseridos em um conjunto de regras culturais e sociais que embasam a criminalização do aborto na área do direito. Diz a autora, que “a criminalização do aborto é reveladora da disciplina e do controle da sexualidade que

sempre estiveram nas ideologias jurídicas do direito brasileiro” (SCIAMMARELLA, 2012, p. 296).

No entanto, as normativas que conferem o controle do corpo da mulher, sendo sua sexualidade subjugada à reprodução, vêm sendo confrontadas pelos movimentos feministas desde a década de 1970. Em 1975 o aborto já era encarado como um drama de saúde pública, sendo originário da pobreza e na falta de esclarecimento das mulheres.

As discussões sobre a legalização do aborto entre os movimentos feministas tiveram sua culminância entre os anos de 1975 a 1988, onde se lutou no âmbito do Poder Legislativo, visando à mudança da legislação punitiva da prática.

O empenho do movimento feminista era garantir a saúde reprodutiva da mulher e ao mesmo tempo lutar pela legalização do aborto, estando ambos os interesses, respaldados na perspectiva dos direitos reprodutivos, enquanto Direitos Humanos (ARDAILLON, 1997 *apud* SCIAMMARELLA, 2010). Portanto, inserido neste amplo contexto, sendo o aborto penalizado judicialmente, leva à indagação de qual o papel do judiciário diante da prática, bem como, qual a percepção de seus agentes sobre o aborto. Outro agravante no papel do judiciário é que a mulher é colocada como vilã ao optar pela efetivação do aborto e não como vítima. Pontua-se, portanto, a importância da revisão do Código Penal brasileiro sobre o tema.

Neste sentido, salienta que pesquisas no âmbito do judiciário a respeito do aborto ainda são necessárias, visto que a prática além de ser um problema de saúde pública é um problema de justiça social. As mulheres têm sido protagonistas de sua trajetória, através de dois caminhos, sendo estes embasados nos planos internacionais e nacionais de Direitos Humanos. Na perspectiva internacional, o principal instrumento de Direitos Humanos que dispõem as mulheres é a Convenção contra Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW de 1979).

Apesar de o Brasil ser signatário nos planos internacionais concernentes aos Direitos Humanos das mulheres e incorporá-los aos seus planos nacionais, existem muitos paradoxos na efetivação destes direitos. Paradoxos estes, de ordem moral, religiosa, política e no âmbito do judiciário, mantendo assim, as desigualdades de gênero.

No âmbito nacional, a Constituição de 1988 é a referência primordial, pois resultou em uma verdadeira mudança de paradigma do direito brasileiro no que se refere à igualdade de gênero. A Constituição Federal prevê a igualdade entre homens e mulheres, como um direito fundamental, no âmbito da família, artigo 5º, inciso I e, sobretudo referente à sociedade conjugal entre a mulher e o homem (art. 226; Parágrafo 5).

Entretanto, a distância entre leis e realidade só poderá diminuir através da ação política, sendo necessária a articulação dos órgãos de Governo, Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) da Presidência da República, em busca da implementação dos Planos Nacionais de políticas para as Mulheres. Devendo ainda, a sociedade civil organizada continuar desenvolvendo ações de fortalecimento das mulheres, de advocacia pelos seus direitos, de monitoramento crítico das políticas públicas e da atuação dos legisladores e do judiciário (PITANGUY, 2003).

Se observarmos a trajetória da mulher quanto aos direitos conquistados até os dias de hoje, pode-se dizer que houve avanços inegáveis, e revogá-los, seria um retrocesso histórico e político indiscutíveis. Porém, nesta direção caminha o então Presidente da Câmara dos Deputados, Eduardo Cunha que criou um projeto de lei (PL 5069/2013), objetivando inibir o aborto para as mulheres vítimas de estupro. Atualmente, a proposta aguarda votação no Plenário da Câmara, indo depois, para o Senado. Mudanças no Código Penal brasileiro sejam estas, pela descriminalização do aborto, ou a fim de inibi-lo completamente, trarão grandes repercussões, sociais e jurídicas.

3.2 O aborto no Brasil e no mundo

Segundo o Ministério da Saúde, o abortamento inseguro representa um grave problema de saúde pública. Estima-se que ocorre no Brasil, mais de um milhão de abortamentos induzidos ao ano, sendo uma das principais formas de morte materna no país. Compreender a abrangência e (re) pensar soluções demanda investimento em educação e formação, bem como, no comprometimento constante do Estado, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral (BRASIL, 2005).

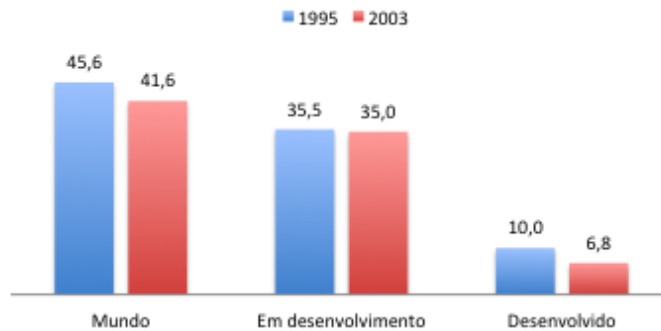
O Ministério da Saúde vem atuando de maneira intra e intersetorial, no âmbito do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e em especial de forma articulada com a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e nos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres. Assim, ampliando o acesso à atenção, auxiliando profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz, quando qualificada e livre de julgamentos morais nos casos do abortamento - base da saúde pública - sendo esta universal, equânime e integral.

A grande incidência de morte materna por abortamento inseguro, em países em desenvolvimento como o Brasil, se dá por situações que vão desde as questões legais, morais, religiosas, culturais e sociais até, simplesmente, à dificuldade de acesso à informação, atingindo principalmente as mulheres de classe social e econômica mais baixa. Um aspecto importante destacado pelo Ministério da Saúde em 2005 é que geralmente a gestação que motiva a mulher para o abortamento, resulta de violência sexual, seja por desconhecido, seja cometida pelo parceiro ou outro membro em âmbito doméstico e/ou familiar (BRASIL, 2005).

A seguir é apresentado breve resumo das estimativas de abortamento inseguro fornecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com bases em pesquisas realizadas pelo The Alan Guttmacher Institute – AGI (2008).

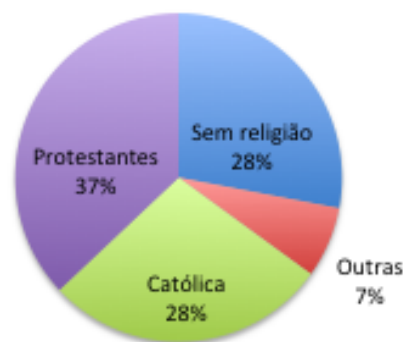
No mundo, em 1995, foram induzidos 45,6 milhões de abortos tendo uma baixa equivalente a 41,6 milhões até o ano de 2003. Nos países desenvolvidos, em 1995 existiram 10 milhões de abortamentos inseguros e em 2003 houve uma queda para 6,8 milhões. Países desenvolvidos como os da Europa, o número de abortamento inseguro caiu de 7,7 milhões para 4,3 milhões.

Esta realidade é contrastante aos países em desenvolvimento, em que os valores de queda de abortamentos inseguros foram quase insignificantes, tendo como referência o mesmo período. Em 1995 ocorrem 35,5 milhões de abortos de maneira insegura e em 2003 existiram 35 milhões da mesma maneira. No Brasil, estima-se mais de um milhão de abortamentos inseguros por ano.

Gráfico 1 - Aborto Inseguro no Mundo em Milhões

Fonte: Guttmacher Institute (2008)

A variação destes dados entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, se dá em função da descriminalização do aborto nos países desenvolvidos, que passaram a ver a saúde da mulher como condição precípua a qualquer outra. Nos países em desenvolvimento, os valores (religiosos, morais, sociais, culturais, econômicos) existentes são muito divergentes e interferem na decisão e maneira que é realizado o aborto (AGI, 2008).

Gráfico 2 - Religiões nos Estados Unidos

Fonte: Guttmacher Institute (2008)

Nos Estados Unidos, em 1973, um caso judicial (caso Roe) apresentado por advogadas recém-formadas, foi o primeiro no país a despenalizar o abortamento. Roe era o pseudônimo de Norma McCovey que precisou enfrentar Wade de Henry, representante do Estado do Texas que era contra o aborto de Norma McCovey.

A situação social de Norma pesou na decisão judicial. Filha de mãe alcoolista, havia abandonado a escola e já tinha engravidado duas vezes anteriormente. A primeira criança criada pela avó e a segunda encaminhada para a adoção. Aos 21 anos, quando engravidou pela terceira vez, decidiu procurar a justiça alegando ter sido estuprada, situação aceita pelo estado do Texas, mas pela falta de prova foi negado. Tentou aborto numa clínica clandestina e não conseguiu por ter sido fechada pela polícia. Foi então que as advogadas Linda e Sarah assumiram o caso e o levaram adiante.

O processo foi muito lento e Norma acabou tendo a criança e entregou para a adoção. O caso foi levado à suprema Corte e as leis que penalizavam a prática do aborto passaram a ser consideradas inconstitucionais e o caso Roe contra Wade provocou uma mudança na legislatura dos direitos reprodutivos do país.

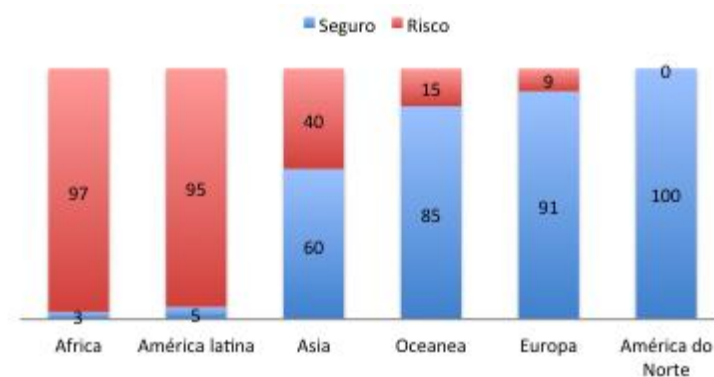
O Chile possui uma das legislações mais restritas do mundo. Em 1931 o aborto terapêutico³ foi permitido, mas o regimento militar aboliu o direito em 1989. O Conselho de direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) já expressou preocupação quanto às restrições indevidas que o país impõe, inclusive nos casos de estupro e risco de vida da mulher. A seguir, apresentamos dados referentes à pesquisa do Guttmacher Institute, nos Estados Unidos, sobre o aborto:

³ Aborto Terapêutico: ocorre quando a vida da gestante está em risco, neste caso o médico realiza o aborto com o intuito de salvar a vida da mãe.

Gráfico 3 – Proporção de Abortos Inseguros

Fonte: Guttmacher Institute (2008)

São considerados inseguros ou de risco os abortos praticados sem acompanhamento profissional e fora de ambientes hospitalares, podendo prejudicar a saúde da mulher ou até mesmo levá-la a óbito. Observa-se que nos países em desenvolvimento as taxas de aborto foram maiores que as taxas mundiais e nos países desenvolvidos apesar da baixa porcentagem, ainda assim, houve uma queda de 9% para 6%.

Gráfico 4 – Percentual de Abortos Inseguros no Mundo

Fonte: Guttmacher Institute (2008)

Como pode ser visto no Gráfico 4, nos países desenvolvidos praticamente não existe aborto inseguro, em contrapartida, quase todos os abortos no continente Africano e na

América Latina são de risco. Destaca-se que na América do Norte, este número caiu para zero nos últimos anos. No Brasil, observando o número de internações por aborto espontâneo ou induzido⁴, considerando o período de 1995 a 2013, houve uma pequena variação em número absoluto registrado, no entanto, levando em conta a baixa notificação, isto não significa que houve declínio do número de abortos no país.

Segundo o Guttmacher Institute (2008), o número de internações por aborto induzido ou espontâneo distribuídos de acordo com as regiões brasileiras apresentam uma forte liderança no Nordeste e Sudeste, as demais regiões em números absolutos ao longo de todo o período mantém um nível de internações abaixo de 30% das duas regiões referidas anteriormente. No entanto, se calcularmos por taxa de internamentos observamos uma inversão, o norte passa a liderar, juntamente com o Nordeste e a região Sudeste caiu.

O Brasil tenta combater as injustiças sociais contra às mulheres, inclusive a difícil realidade do abortamento inseguro, incorporando aos Planos Nacionais os princípios e as diretrizes de Planos Internacionais.

⁴Diante das dificuldades de registrar o número de abortamentos, é necessário realizar estimativas a partir das internações por abortamento registradas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (ADESSE; MONTEIRO; LEVIN, 2008).

4 GÊNERO E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Este capítulo não pretende esgotar os conceitos de gênero, violência contra a mulher e as questões atreladas, mas contextualizar os conceitos a partir de diferentes olhares, bem como, definir e descrever as diferentes formas de expressão das situações de violência contra a mulher. Serão também apresentados, alguns dos mecanismos de proteção e defesa em casos de violência contra a mulher, tais como, a denúncia, a notificação compulsória e a Lei Maria da Penha (11.340/2006).

A violência em sua forma mais ampla é definida como o “uso da força física ou psicológica, ou a coerção moral por um indivíduo ou grupo, contra si, ou contra outra pessoa, ou grupo de pessoas, que resulta em destruição, danos, ou que inflige ou viola os direitos da(s) vítima(s)” (OMS, 2007, p. 1165 *apud* PIRES; HAIKAWA, 2013, p.4)

Para Pires e Haikawa (2013), o conceito de violência oferecido pela OMS pode ser compreendido para além das situações que deixam marcas ou levam a morte, sendo considerada violência todo ato intencional que se utilize o poder sob outra pessoa. Neste contexto, o “uso de poder” também inclui a negligência, os atos de omissão, e todos os tipos de abuso físico, psicológico e sexual, bem como o suicídio e outros atos auto infligidos (OMS, 2007, p. 1165).

Segundo a OMS, a violência contra a mulher é um fenômeno mundial com grandes repercussões na saúde pública. Este tipo de violência, diretamente, pode levar a traumatismos graves e incapacitantes, além de óbitos. Indiretamente são observados problemas de saúde decorrentes das situações de violência, tais como, alterações fisiológicas induzidas por estresses, danos emocionais e envolvimento com álcool e outras drogas, assim como falta de controle sobre sua fertilidade e autonomia pessoal dado os relacionamentos abusivos. No contexto da violência sexual, mulheres que sofrem abusos estão mais expostas à gravidez indesejada, abortos, infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV. Na área de saúde mental, são notórios os transtornos mentais relacionados à depressão, transtorno de ansiedade, sono e transtornos alimentares.

A OMS considera os serviços de saúde, como equipamentos potencialmente estratégicos para o enfrentamento e o combate da violência contra a mulher, devendo seus agentes ser ativos diante destas situações de violência. Os serviços de saúde devem ser um local onde a mulher se sinta segura, tratada com respeito, sem ser estigmatizada e que possa receber informações e apoio de qualidade. Diz ainda que os serviços devem se articular em rede, assim propiciando atendimento ante ao problema da violência contra a mulher.

A Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1993, reconheceu que “qualquer ato de violência praticado contra a mulher se trata de uma violência de gênero, seja este, resultante ou tenha a possibilidade de resultar em danos físicos, psicológicos ou sexuais”. Também são incluídos como atos e atitudes violentas, as ameaças, coerção e a privação de liberdade, sejam em ambiente privado ou público (PERNAMBUCO, 2001).

Souza e Adesse (2005) consideram que a temática da violência contra a mulher é apresentada de maneira complexa, primeiramente por não possuir uma delimitação conceitual e teórica, sendo um fenômeno observável estruturalmente, inclusive, pelo prisma da violação de Direitos Humanos - de maneira restrita ou ampla, direta ou indiretamente. Outra dificuldade encontrada para a discussão da temática é o impasse existente entre alguns teóricos em situar a mulher como vítima ou sujeito.

A Casa Eliane de Grammont (São Paulo), em 1989 divulgou a expressão “mulheres em situação de violência”, trazendo a percepção da mulher enquanto sujeito, a partir do caráter relacional entre homens e mulheres. Até então, o termo “violência contra a mulher” era utilizado pelos movimentos feministas para definir as diferentes formas de violência praticadas contra as mulheres e ainda, situar a mulher sempre como vítima, quando diante das situações de violência (SOUZA; ADESSE, 2005).

O novo conceito trazido pela Casa de Grammont apresenta a mulher como alguém que também atua na construção da violência, não sendo apenas objeto ou ser passivo, mesmo quando na situação de dominada, sobretudo, no contexto de uma relação estável, quando se estabelece padrões de comportamento que desencadeiam a violência, mesmo sendo considerada a relação assimétrica de poder nesta construção (SOUZA; ADESSE, 2005).

O novo termo possibilitou a percepção da mulher enquanto capaz, em condição de sair da relação violenta. A violência passa a ser apenas um lugar de passagem, pois ela é sujeito atuante na relação. Estar “em situação de” oferece perspectiva de mudança (MIRIM, 2006 *apud* BRASIL, 2011a.)

Gregori (1993), em seu artigo, “As desventuras do Vitimismo”, analisa que a violência é construída a partir da relação entre dois sujeitos, sendo estes o homem e a mulher. Desta forma, corroborando o anunciado caráter relacional da violência entre homens e mulheres, que redefini a percepção da violência de gênero (SOUZA; ADESSE, 2005).

Obviamente que muitas feministas na época criticaram o conceito introduzido, visto que o percebiam como uma maneira de culpabilizar as mulheres pelas relações violentas. Saffioti (2001) explicita que a postura vitimista é essencialista, uma vez que a desigualdade de gênero é o destino. Para a concepção mais flexível do feminismo não há lugar para essencialismos, biológicos ou sociais, visto que,

a categoria histórica gênero não constitui uma camisa de força, não prescrevendo, por conseguinte, um destino inexorável. É lógico que o gênero traz em si um destino. Todavia, cada ser humano – homem ou mulher – desfruta de certa liberdade para escolher a trajetória a descrever (SAFFIOTI, 2001, p. 125).

A violência contra a mulher, ancorada na violência de gênero, constitui em violação de Direitos Humanos básicos, devendo ser eliminada mediante a vontade política, das ações no judiciário e nos demais setores da sociedade (OMS, 2010). A violência de gênero é um fenômeno multifacetado, sendo o conceito amplamente discutido no Brasil, desde a década de 1970, sobretudo, através de trabalhos acadêmicos de feministas. Seus trabalhos trouxeram importantes contribuições não apenas, para a definição e caracterização do conceito de gênero e violência de gênero, mas a partir de suas contribuições teóricas, se angariou uma nova configuração do entendimento de “mulher” enquanto sujeito de direito, sobretudo nas políticas públicas.

Como resultado da ação política das feministas e como maneira de orientar as ações e políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres, em 1994 foi aprovada a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher,

conhecida como Convenção de Belém do Pará. O art.1 da Convenção considera como violência contra a mulher “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, seja na esfera pública ou privada” (CONVENÇÃO INTERAMERICANA, 1994, s/p).

Em 1999, o Fundo da População das Nações Unidas assinalou este tipo de violência como uma prioridade das agendas políticas de saúde pública. (VIZCARRA et. al., 2001 *apud* SAMWL, 2001) Segundo a OMS (2010), a violência contra a mulher é um fenômeno mundial e os setores de saúde são potencialmente importantes para tratar a violência contra a mulher, principalmente, através dos serviços com enfoque na saúde reprodutiva, visto que em algum momento de suas vidas, as mulheres procuram por estes serviços. Entretanto, isto não ocorre com frequência, já que a maior parte das mulheres não costuma revelar situações de violência por receio de sofrerem estigmas. Além disto, poucos profissionais de saúde foram sensibilizados desde a formação, para lidar com as situações de violência e sofrimentos advindas destas situações, assim, não reconhecendo a violência como uma causa subjacente aos problemas de saúde das mulheres. Neste contexto, é muito comum que as mulheres sejam tratadas nos serviços de saúde como poli queixosas (OMS, 2010).

Nos contextos europeu e norte-americano, os estudos sobre gênero tiveram início nos anos de 1960, a partir das manifestações dos movimentos sociais feministas e movimentos afins. No Brasil, o termo “gênero” foi incorporado pelas feministas e pelas produções acadêmicas desde os anos 70. No início da década de 1980, o termo “gênero” foi utilizado para substituir a palavra sexo. A partir disto, o movimento feminista trouxe uma nova concepção de gênero, estando pautado nos âmbitos sociais e culturais, assim, substituindo a noção de que os conceitos de homem e mulher estão em suas características biológicas. Neste período, o movimento feminista também pressionava para que suas reivindicações fossem garantidas enquanto direitos políticos, econômicos e sociais (CARVALHO; FERREIRA; SANTOS, 2010).

Estas discussões levam ao entendimento de que as diferenças nas práticas sociais entre homens e mulheres são construídas histórica e culturalmente, evitando a naturalização biológica do que é ser homem ou ser mulher na sociedade. Segundo Heilborn (1991) *apud*

Carvalo; Ferreira; Santos (2010), o conceito de gênero surge para diferenciar a dimensão biológica da social, apoiado no raciocínio de que na espécie humana existem machos e fêmeas, mas a qualidade de ser homem e ser mulher é realizada pela cultura. Assim, corroborando com o pensamento de Simone de Beauvoir (1980), onde em seu livro “Segundo Sexo” exprime que, “não se nasce mulher, mas que torna-se mulher”.

Historicamente, os homens são percebidos como mais fortes e, portanto, detentores de poder. Já as mulheres, são percebidas como frágeis e sensíveis, portanto devendo ser submissas àqueles que possuem o poder. Neste contexto, as identidades atribuídas ao sexo, acabam produzindo importantes diferenças nas relações sociais entre homens e mulheres. Na verdade, diferenças culturalmente construídas, mas que marcam as relações de gênero como fortemente desiguais, sobretudo, se estabelecendo relações de dominação de um sob outro.

Imersos neste contexto de desigualdades, marcados pelas relações de poder, a partir do desempenho de papéis pré-definidos pela sociedade, Scott (1990, p. 14) afirma “gênero deve ser visto como elemento constitutivo das relações sociais, baseadas em diferenças percebidas entre os sexos, e como sendo um modo básico de significar as relações de poder”.

Saffioti (2001) apresenta contribuições conceituais de gênero, a partir de teóricas feministas, tais como, Judith Butler, Azevedo, Marilena Chauí, Gregori, entre outras. Para a autora, a violência de gênero abrange vítimas como mulheres, crianças e adolescentes de ambos os sexos. O conceito de gênero esta pautado no “exercício da função patriarcal” conferida e autorizada, geralmente, ao homem pela sociedade. Este é autorizado a punir, inclusive utilizando-se da violência, quando diante do que lhe é apresentado enquanto desvio.

Segundo a autora, função patriarcal pode ser perpetuada por subordinados e outros pares de convivência deste homem, mesmo quando não está fisicamente presente. Salienta que o projeto social de dominação-exploração é conferido aos homens e não às mulheres, embora que estas possam reproduzir ações de punição. Considera que nada impede que a violência seja perpetrada pela mulher contra o homem, crianças e adolescentes, afirmando inclusive, que isto se dá com frequência.

Ela explica que a relação patriarcal é uma relação de dominação-exploração, visto que entende o processo de sujeição de uma classe, a partir destas duas dimensões – a da

dominação e a da exploração. Algumas autoras vão de encontro a esta concepção por acreditarem que a exploração é de ordem econômica; entretanto, contra argumentam, apresentando o exemplo da violência sexual, onde de fato, pode haver exploração econômica, mas nem sempre se dá desta forma, visto que a exploração pode visar, exclusivamente, a obtenção do prazer sem vantagens financeiras. Ante o exposto, a autora apresenta que o “esquema de gênero” perpassa por todas as construções sociais, inclusive por construções inconscientes, sendo reproduzidas pelo senso comum.

Azevedo (1985), em seu livro “Mulheres espancadas: A violência denunciada” apresenta importante mapeamento da violência contra a mulher no estado de São Paulo, a partir do levantamento de um pouco de dois mil boletins de ocorrências no período de dezembro de 1982 à fevereiro de 1983. A autora não avançou na definição do conceito de gênero, mas contribuiu para chamar a atenção da violência contra a mulher no âmbito doméstico. Seu estudo instigou o aprofundamento teórico sobre a temática de gênero, assim como, a implantação de ações de enfrentamento e combate à violência contra a mulher. Foi criticada por algumas autoras feministas, por posicionar a mulher à condição de vítima, como se não fosse capaz de se defender. Segundo Saffioti (2001), esta perspectiva foi considerada como sendo rígida.

Judith Butther criou o conceito de “integralidade de gênero”, argumentando que estamos dentro de uma sociedade que define sexo, gênero e práticas/desejos em matrizes obrigatoriamente heterossexuais. Assim, ela destaca a necessidade de subverter essa ordem compulsória e pensa o gênero enquanto múltiplas matrizes, sendo uma delas dominante. Além de propor a educação fora desta matriz dominante, podendo adotar ou transitar por matrizes subversivas tanto homens quanto mulheres. Para Butler, gênero, portanto, é um ato performático, um ato intencional que produz significados (SAFIOTTI, 2001).

Saffioti, 2001, enfatiza a importância de se conhecer os vários pensamentos feministas acerca dos postulados de “gênero” para que não se recaia no reducionismo teórico proposto por Soares (1999), em que rotulou como “ideologia feminista” todos os olhares e conceitos teóricos propostos pelas autoras feministas. Reitera que é necessário entender que não um há

um modelo feminista, mas sim uma perspectiva feminista que se traduz por diversos modelos, sendo necessário evitar o reducionismo conceitual de realidades bastante diferentes.

O conceito de gênero vem sendo interpretado de diferentes formas pelas correntes do feminismo. Entretanto, atualmente, a perspectiva de gênero mais utilizada é a do feminismo da diferença, que apoia o conceito de gênero em traços culturais (femininos ou masculinos) construídos socialmente sobre a base biológica. Esta perspectiva rejeitou o feminismo da igualdade, que pressupunha as diferenças existentes entre homens e mulheres, como sendo basicamente biológicas (CARVALHO, 1998 *apud* FARAH, 2004). Entretanto, ambas as perspectivas não negam a existência de assimetria na relação entre homens e mulheres, propiciando, portanto, situações de violência contra a mulher (CARVALHO; FERREIRA; SANTOS, 2010).

Dados da ONU do ano de 2011 indicam que 70% das mulheres em todo o mundo sofrem algum tipo de violência de gênero ao longo de sua vida.⁵

4. 1 Violência doméstica⁶ e familiar

Fonseca e Lucas (2006) aponta que a maior parte das violências infligidas contra as mulheres se dá dentro do ambiente doméstico. Uma vez que este cenário, na maioria das vezes, não dispõe de testemunhas maiores de idade. Neste mesmo cenário, as violências são fortalecidas através da manutenção do silêncio daqueles que sofrem com as agressões.

As situações de violência contra a mulher, geralmente, são banalizadas ou naturalizadas pela sociedade e mesmo, pela própria vitimada, portanto, é comum o adágio “em briga de marido e mulher não se mete a colher”. Isto ocorre porque apesar dos avanços alcançados, na esfera dos Direitos Humanos e políticos, alguns contextos ainda pensam a violência contra a mulher como um problema estritamente social.

O ambiente doméstico é o espaço das relações domésticas, familiares e afetivas e portando deveria ser um local de segurança, acolhimento e proteção, para todos aqueles que o

⁵ Dados disponíveis em: www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2014/06/cerca-de-70-das-mulheres-sofrem-algum-tipo-de-violencia-ao-longo-de-sua-vida

⁶ Segundo a OMS (2010) este termo vem sendo substituído por violência infligida contra a mulher.

compartilham, porém nem sempre é isto que ocorre. As violências habitualmente praticadas contra a mulher são a violência psicológica, moral, física, patrimonial e sexual.

Pesquisas internacionais realizadas com um total de 35 países em 1999 comprovaram que entre 10% a 52% das mulheres que participaram do estudo, tinham sofrido maus tratos físicos por parte de seus companheiros em algum momento de sua vida; 10% a 30% havia sofrido violência sexual pelos companheiros e 10% a 27% das mulheres declaram ter sofrido algum tipo de abuso sexual quando eram crianças ou na vida adulta (OMS, 2010).

Para dimensionar o problema no Brasil, o Ministério da Saúde em 2002, apresentou dados de pesquisas realizadas pela ONU no ano de 1992, mostrando a ocorrência de mais de 205 mil agressões contra a mulher no período de um ano, entre estas agressões, 11 mil foram indicadas como estupro. Segundo pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1989, 63% das vítimas de violência no espaço doméstico são mulheres e em 70% dos casos, as agressões foram perpetradas pelos maridos ou companheiros destas mulheres.

Pesquisas recentes ratificaram os dados apresentados acima, a Universidade de São Paulo (USP), em parceria com duas organizações da sociedade civil: Coletivo feminista sexualidade e saúde e SOS Corpo, sob a coordenação da Organização Mundial de saúde, em 2004 realizou investigação da violência doméstica e sexual no Brasil, levando em conta a Grande São Paulo e a Zona da Mata de Pernambuco. Foram realizadas 4299 visitas domiciliares e 2645 entrevistas com meninas e mulheres entre 15 a 49 anos de idade.

Os resultados apontaram que 27% das mulheres entrevistadas na Grande São Paulo e 34% na Zona da Mata de Pernambuco relataram ter sofrido algum tipo de violência física cometida por seus companheiros ou ex-companheiros; 10% em São Paulo e 14% na Zona da Mata de Pernambuco informaram já haver sido forçadas fisicamente a ter práticas sexuais degradantes e/ou relações sexuais que não desejavam por medo do que o parceiro pudesse fazer. Apesar da prevalência de violência contra a mulher na Zona da Mata de Pernambuco, quando observado o grau de escolaridade, a diferença desaparecia, podendo indicar que a escolaridade talvez não seja o fator mais importante diante da violência doméstica sofrida pelas mulheres (SOUZA; ADESSE, 2005).

Quanto aos problemas de saúde investigados, quando comparadas às mulheres que não sofrem violência doméstica, as mulheres que vivenciam essa realidade, relatam de 2 a 3 vezes mais dores ou desconfortos diversos, problemas de concentração, tentativas de suicídio. Quanto à saúde das crianças de 5 a 12 anos que vivem neste ambiente violento, foram relatadas situações de pesadelos, enurese noturna, chupar dedo, timidez e agressividades excessivas, além de baixo rendimento escolar.

As mulheres da Zona da Mata de Pernambuco costumam pedir ajuda respectivamente à família de origem, familiares do agressor e amigos. As mulheres de São Paulo solicitam mais aos amigos. As ajudas se efetivam mais frequentemente por parte dos irmãos (37%), pais (36%) e amigo (29%). As entrevistadas da Zona da Mata de Pernambuco referem que as instituições e serviços de saúde são menos procurados dados a escassez, a dificuldade de acesso e a pouca divulgação.

O Portal Institucional do Senado Federal (DataSenado) em 2005, dispõe de dados indicando que 17% das mulheres entrevistadas declaram ter sofrido algum tipo de violência doméstica; entre estas 40% relatam já ter presenciado algum tipo de violência doméstica contra a mulher, sendo que 80% destes, se constituíam em violência física (BRASIL, 2011a).

No geral, os dados apresentados pela literatura só reafirmam os altos índices de violência doméstica, em que a maior parte das mulheres está inserida, tendo como principal agressor, seus maridos ou companheiros.

Estudiosos a respeito da temática compreendem a origem da violência doméstica a partir de diferentes contextos. Alguns deles, tais como Azevedo e Guerra (2000), afirmam que a violência doméstica tem origem na relação hierárquica de superioridade/inferioridade, superioridade do homem e coisificação da mulher, uma vez que a mulher, por incapacidade de atuação assume o silêncio, sendo assim anulada (FONSECA; LUCAS, 2006).

Para Saffioti (1998), Romanelli (1997) e outros teóricos, a violência doméstica contra a mulher é construída e autorizada no campo das construções sociais, neste caso o poder é legitimado pela cultura. Saffioti, sobretudo, não se distancia da concepção de que as situações de violência perpetradas à mulher são reprodução do modelo patriarcal construído e imposto pela sociedade; reitera que este modelo não pode ser negado ou anulado.

Furniss (1993) e Gabel (1997) consideram que a violência doméstica é percebida mundialmente, sem distinção de classe social, raça, etnia, idade, grau de escolaridade (PINHEIRO, 2000 *apud* FONSECA; LUCAS, 2006).

Dentre tantos conceitos e contextos introduzidos acerca do tema, a literatura é uníssona em perceber a violência doméstica como uma forte causa de adoecimento emocional da mulher e daqueles que presenciam as situações violentas, principalmente, quando testemunhadas desde a infância. Não existem dúvidas de que a violência doméstica contra a mulher está inserida em um grave problema de violação de Direitos Humanos e saúde pública.

Conforme art. 5 da lei Maria da Penha (Lei n. 11.340/2006) configura-se violência doméstica contra a mulher “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”.

Serão apresentadas a seguir as principais formas de violência contra a mulher, tendo como referências a Lei Maria da Penha e o Ministério da Saúde no Brasil. Salienta-se que as violências são, na maioria das vezes, estudadas isoladamente, mas raras são as vezes que ocorrem de maneira isolada, podendo estar interligadas umas as outras. Por exemplo, nos casos de violência física e sexual, não se pode excluir o dano psicológico, assim como nos casos de violência sexual, não se pode excluir a ocorrência de violência física e psicológica.

4.1.1 Violência psicológica

A ocorrência deste tipo de violência é muito comum entre homens e mulheres, porém raramente são percebidas, pelas mulheres, como ações violentas, sendo inclusive naturalizadas por elas e a sociedade em geral. Na literatura, os percentuais de notificação da violência psicológica são muito baixos se comparados aos demais tipos de violência contra a mulher. No entanto, salienta-se que os danos emocionais causados pela violência doméstica, em qualquer fase da vida, podem se tornar graves e até mesmo duradouros.

A violência psicológica é entendida como qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que

vise degradar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insultos, chantagens, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação (Lei Maria da Penha, 2006, art. 7, inciso primeiro).

O assédio moral está circunscrito no âmbito da violência psicológica, pode ocorrer no ambiente de trabalho a partir de relações de poder entre patrão e empregado. Define-se como “toda e qualquer conduta abusiva (gestos, palavras, comportamentos, atitudes, dentre outros) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho” (HIRIGOYEN, 2002, s/p.).

4.1.2 Violência moral

A violência moral se trata de qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. Os chamados crimes contra a honra, que ferem a reputação da mulher são características da violência moral. A calúnia consiste em acusá-la de um crime. A difamação se trata de ofensa direta à sua reputação. A injúria, quando se atribui a mulher, sobretudo verbalmente, uma qualidade negativa que ofenda sua dignidade.

4.1.3 Violência física

A violência física é entendida como qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal, geralmente é expressa através atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremessos de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras.

4.1.4 Violência sexual

Para o movimento de mulheres, a violência sexual deve ser definida de maneira ampla e genérica, se caracterizando “por um abuso de poder no qual a vítima (criança, adolescente e mulher) é usada para a gratificação sexual do agressor, sem consentimento, sendo induzida ou forçada a práticas sexuais com ou sem violência” (BALLONE; ORTOLONI, 2003 *apud* SOUZA; ADESSE, 2005). Vale salientar que também se configura violência sexual quando o agressor obriga a vítima a realizar algum desses atos com terceiros (OMS, 2010).

A violência sexual pode ser “exercida com o uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que limite ou anule a vontade pessoal” (SOUZA; ADESSE, 2005, p. 20). Na pesquisa de multipaíses apresentada pela OMS, 50% das mulheres entrevistadas nos diferentes países relataram ter sofrido violência sexual, por intimidação com o uso da força (OMS, 2010, p.20).

Souza e Adesse (2005) mencionam que os índices de violência sexual notificados são muito aquém da realidade, visto que relatar as situações que envolvem este tipo de violência é difícil para as vítimas, principalmente, diante de uma sociedade moralista, que coloca os relatos da mulher em dúvida e ainda, a responsabilizam pelas violências sofridas.

A violência sexual pode ocorrer no ambiente privado (casa) e no ambiente público (rua). Quando a violência se dá no interior das relações conjugais, algumas mulheres e homens não reconhecem as relações forçadas como estupro. Como exemplo disto, a OMS (2010) apresentou em seu estudo, um relato de mulher vitimada por violência sexual, onde declarava só ter se dado conta das violências sexuais praticadas pelo marido durante o momento da entrevista.

Change (1999) em seu estudo apresenta que de um quarto à metade das violências físicas infligidas contra as mulheres estão relacionadas a situações de violência sexual, incluindo o estupro conjugal (SOUZA; ADESSE, 2005). Quanto aos fatores que expõe as mulheres a situações de risco são identificados aspectos relacionados à escolaridade da mulher, sua situação financeira, histórias anteriores de situações de violência (durante a infância ou não), sua capacidade de empoderamento e apoio social (OMS, 2010).

Referente aos aspectos que levam ao agressor a cometer a violência sexual foram encontrados aspectos relacionados ao nível de comunicação do homem para com a mulher, o consumo de álcool e outras drogas, sua situação de trabalho e se havia presenciado atos de violência entre seus pais durante a infância e se foi agredido por outros homens (OMS, 2010). O índice dos homens que admitem ter cometido violência sexual é muito baixo, sobretudo diante de um contexto de violência de gênero nas relações conjugais (ACOSTA; BARKER, 2003 *apud* SOUZA; ADESSE, 2005).

No contexto social entre os homens e mulheres que mantinham relações de violência, incluindo o estupro conjugal, foram encontradas diferenças econômicas, diferentes níveis de mobilidade e de autonomia das mulheres, papéis pré-determinados a cada sexo e a permissividade da violência contra a mulher.

Para o Ministério da Saúde (2010), a violência sexual é qualquer conduta que constranja a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força. Além disso, comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; impedir a utilização de qualquer método contraceptivo ou que force um matrimônio, uma gravidez, ao aborto, à prostituição, mediante coerção, chantagem, suborno ou manipulação, ou que limite e/ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (Lei n. 9.263/96). Tal prática é considerada crime mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrastra, companheiro (a), esposo (a), ou seja, é toda ação na qual uma pessoa, podendo envolver situação de poder, obriga outra à realização de práticas sexuais, contra a vontade, por meio de força física, influência psicológica, uso de armas ou drogas. Como exemplos são citados: jogos sexuais, práticas eróticas impostas a outros/as: estupro, atentado violento ao pudor, sexo forçado no casamento, assédio sexual, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, dentre outros.

4.1.5 Violência sexual conjugal

Segundo Souza e Adesse (2005), a violência sexual é pouco visível enquanto inserida no contexto da violência doméstica. Os estudos e as políticas voltadas para esta questão ainda

são escassos no Brasil se comparados à realidade internacional, o que indica dificuldade de se abordar o tema, devido as diferenças de culturais e de socialização da sexualidade.

As próprias mulheres, em suas vidas conjugais apresentam dificuldades de compreensão dos limites no contrato sexual desejado, consentido e o cedido a partir de contextos complexos, onde o desejo da mulher não é expresso livremente (BERGE, 2003 *apud*, SOUZA; ADESSE 2005). Assim, exercendo práticas sexuais em contextos diferentes aos seus desejos.

Como exposto inicialmente, é impossível conceber o estudo do aborto previsto em lei, proveniente de violência sexual, fora dos meandros do conceito de gênero. As relações de poder advindas do patriarcado e das diferentes realidades sociais e culturais reforçam a violência imposta às mulheres.

4.1.6 Estupro e estupro de vulnerável

Desde 2009, com as alterações de algumas Leis no Código Penal Brasileiro (1940), alguns conceitos e definições de crimes sexuais sofreram alterações, passando não mais a existir distinção entre atentado violento ao pudor e estupro (AVP). A definição de estupro foi ampliada incorporando prática de todos os atos libidinosos, antes tratados apenas como AVP, onde o estupro limitava-se à conjunção carnal.

A Lei 12.015/2009 considera estupro “constranger alguém mediante violência ou grave ameaça a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (Art. 213).

Considera-se estupro de vulnerável, “ter conjunção carnal ou praticar ato libidinoso com menos de 14 anos” (Art. 217-A). É considerada vulnerável a pessoa com menos de 14 anos por considerar que não tem discernimento suficiente para decidir sobre o ato sexual; ou pessoa que por enfermidade ou doença mental, não possui o discernimento necessário para a prática do ato sexual, ou que por qualquer causa não pode oferecer resistência (PERNAMBUCO, 2013).

Desde as décadas de 1970 e 1980 os movimentos sociais feministas no Brasil têm lutado para a desconstrução de relações desiguais entre homens e mulheres, encontradas em todas as instâncias, seja a nível micro (das relações interpessoais) ou a nível macro (das relações institucionais). A desconstrução dos padrões sexistas e de soberania de gênero foi e é aos poucos introduzida no ambiente político, tendo garantido aos dias atuais importantes conquistas nas áreas da saúde, segurança, educação, cidadania e políticas públicas, entre outros, porém, ainda há muito a ser percorrido nesta direção.

Nesse sentido ao entrelaçar as questões de gênero no contexto do direito político, à saúde integral da mulher, conquistados a duras penas pelos movimentos feministas e movimentos afins, é que se fundamenta a análise do presente estudo.

4.2 A Lei Maria da Penha – Lei 11.340/2006

Mulheres em situações de violências domésticas e familiares têm como principal mecanismo de defesa a Lei Maria da Penha (Lei de n.11.360/06). Sendo criada a fim de coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher nos termos do parágrafo 8 do art. 226 da Constituição Federal de 1988, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação e Violência Contra a Mulher e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, assim alterando o Código do Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal, dando providências (Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006).

Em seu art. 1º, a Lei dispõe da criação de Juizados de Violência Doméstica e Familiar que estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência nestes contextos. Têm acesso a Lei, as mulheres, independente da classe social, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião.

O DataSenado em 2009 realizou pesquisa com 827 mulheres a respeito da Lei Maria da Penha e identificou que 83% das mulheres conhecem a Lei, mas entre estas 78% têm medo de denunciar. Outros motivos tais como; vergonha, não poder garantir o próprio sustento e a punição branda ao agressor tiveram percentuais abaixo de 10%. Na opinião de 62% das

mulheres, o fato de não poder retirar a queixa também impede a denúncia. Este último dado é confirmado no estudo de Borin (2007), onde as mulheres afirmam não denunciar o parceiro, alegando não poder retirar a queixa, na verdade, esperam das autoridades que apenas repreendam estes homens, sem que necessariamente sejam presos.

Comparando a pesquisa do DataSenado em 2009, com os anos anteriores, o percentual de mulheres que afirma ter sofrido violência doméstica aumentou, equivalendo a 19% das entrevistadas. Em 2007, confirmaram a ocorrência de violência doméstica, 15% das entrevistadas, e em 2005 o percentual foi de 17%.

4.3 A ficha de notificação de agravos e subnotificação do aborto

A diferença entre denunciar e notificar a violência é muitas vezes desconhecida. A denúncia pode ser feita pela vítima e/ou qualquer cidadão comum que toma conhecimento ou presencia o ato violento. A denúncia pode ser realizada em delegacias comuns, Delegacia Especializada de Atenção à Mulher (DEAM), Gerência de Polícia da Criança e do/a Adolescente (GPCA) entre outros.

A partir de 1993 ocorreu a implantação gradual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), através da Ficha de Notificação Compulsória, padronizada nacionalmente, devendo os profissionais de saúde registrar as ocorrências de violências e os agravos interpessoais e auto infligidos, assim, comunicando à autoridade sanitária local, visando à adoção de medidas de controle pertinentes (PERNAMBUCO, 2013).

Ressalta-se que nos casos de violência sexual e suicídio, à autoridade sanitária deve ser informada num prazo máximo de 24 horas a partir do conhecimento da ocorrência. As demais violências têm o prazo de até sete dias para serem notificadas.

Por meio da notificação compulsória⁷ é possível conhecer melhor a amplitude das violências interpessoais e subsidiar o desenvolvimento de ações de prevenção aos agravos, visando a redução de morbimortalidade e a promoção da saúde e da cultura de paz (PERNAMBUCO, 2013).

⁷ 10ª Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014.

Segundo Valongueiro (1996), explicita em seu trabalho que no Brasil, apesar da subnotificação⁸ dos óbitos maternos por aborto, nas últimas décadas, houve um declínio na taxa de mortalidade por essa causa. Na região Nordeste, foi verificado queda nas taxas de aborto, embora que as mortes por abortos inseguros, nesta região, adquiriram grande importância entre as causas de morte materna.

A ficha de notificação de agravos é um importante mecanismo de implementação e avaliação de políticas públicas, na esfera da garantia dos direitos, como também, no fortalecimento de ações voltadas à saúde integral da mulher. A subnotificação é um dos principais problemas a ser enfrentado para a realização de pesquisas com mulheres em situação de abortamento, visto que, o aborto envolve aspectos de cunho moral, religioso e legal. Neste sentido, dificilmente as mulheres relatam suas experiências de abortamento com receio de sofrerem com juízos de valores e pelo próprio contexto de ilegalidade no Brasil.

⁸ Notificação de algo abaixo do esperado, notificação não formalizada, gerando índice abaixo da realidade.

5 CONSIDERAÇÕES CONCEITUAIS EM POLÍTICAS PÚBLICAS

A proposta deste capítulo é iniciar contextualizando a temática da política pública e seu ciclo de análise com suas respectivas fases. Em seguida são apresentadas duas subseções. A primeira subseção contextualiza a política pública de atenção à saúde da mulher e a problemática do aborto, enquanto um processo político *in flux*, em movimento, sobretudo na agenda da política pública de saúde no Brasil. A segunda subseção, aborda a avaliação da política pública e a metodologia de avaliação da política, conforme Cohen; Franco (2014).

SOUZA (2006) explicita que a política pública como campo de conhecimento, possui histórico conceitual para a sua formulação e compreensão, evocando para discussão, alguns importantes teóricos como Laswell (1936), Simon (1957), Lindblom (1959; 1979) e Easton (1965).

A autora aponta que apesar do esforço dos teóricos, não existe um conceito único sobre política pública. A política pública aparece como um campo de conhecimento que não pode ser estável, ou ter conceitos rígidos. É um campo dinâmico em sua formulação e execução. Ressalta que a política pública está direcionada para a solução de problemas e estes entram na agenda de governo como prioridades, quando assumimos que devemos fazer algo sobre eles (SOUZA, 2006).

Saravia e Ferrarezi (2006) explicitam que as políticas públicas possuem características próprias (institucional, decisória, comportamental e causal) e seus diferentes conceitos, coincidem entre os vários autores. Para estes autores a política pública apresenta diferentes etapas: o momento da agenda; o momento da elaboração; da formulação; da implementação; da execução e do acompanhamento e avaliação.

O momento da agenda trata da inclusão de necessidades sociais como prioridades do poder público. Aqui, os fatos sociais adquirem status de “problema público” que resulta na intervenção através de decisões de autoridades públicas.

Wu et. al. (2014), cita que os gestores políticos são sempre subestimados pela mídia e o público em geral, visto que, têm sempre uma variedade de problemas a serem resolvidos e

priorizados em suas agendas políticas, mas apenas uma pequena proporção destes problemas entra na agenda política, enquanto reivindicações da sociedade.

Gestores públicos estão em posição privilegiada para identificar questões que merecem cuidados políticos em seus programas e aos beneficiários, antes mesmo que estes se tornem problemas públicos. Estes são importantes atores que podem atuar na triagem das demandas que necessitam de maior atenção e assim, repassarem aos formuladores de políticas públicas na esfera do poder Legislativo e Executivo.

Entretanto, Rua (1998) argumenta sobre um momento anterior à inserção de um problema na agenda política, sendo este considerado “estado e coisas”, ou seja, quando a situação é percebida como um problema pela sociedade e as autoridades governamentais, gerando insatisfações, incômodos, mas não entram como pauta na agenda governamental. Apenas quando o estado de coisas entra na agenda governamental, se torna um problema político.

Para esta autora, existem vários empecilhos para que um problema situado no estado de coisas permaneça onde está, estando estes relacionados a questões culturais, morais e institucionais que impedem que a “situação problema” nem mesmo entre em discussão. Cita como exemplos, as temáticas que envolvem a legalização das relações homo afetivas e a descriminalização do aborto.

Neste sentido, a não decisão não se refere à ausência de decisão, e sim, decide-se em não contrariar os interesses da maioria e apesar de emperrar e obscurecer processos decisórios na política evita desgastes entre membros do próprio governo, e da sociedade com o governo.

Um estado de coisas se transforma em problema político quando mobiliza uma ação política (ação de coletividade, como ocorreu na década de 70 pelos movimentos feministas), quando pelo menos se constitui uma situação de crise, calamidade ou catástrofe e quando existem vantagens relevantes para tratamento da situação problema, mesmo que existam ônus, porém, estes devem ser menores do que os ônus de não resolver a questão.

Ao deixar de ser um estado de coisas se transformando em um problema político torna-se um *input* passando a entrar na agenda política de governo. A partir desse momento, inicia-se a formulação da política pública (RUA, 1998).

A formulação da política pública inclui a seleção e a especificação da alternativa considerada mais adequada para a solução do problema, seguida da declaração que explicita a decisão tomada, definindo seus objetivos e seu marco jurídico, administrativo e financeiro (SARAVIA; FERRAREZI, 2006).

Este é um dos momentos mais importantes do processo decisório, onde os atores envolvidos apresentam suas preferências (alternativas de solução para o problema), manifestando seus interesses. É neste momento que muitos autores entram em confronto, visto que, cada um possui recursos de poder, influência, votos, ou qualquer outra coisa que possa afetar o funcionamento do sistema.

Segundo Rua (1998), as preferências levam em conta a relação custo/benefício de cada ator, ou seja, qual a vantagem que cada ator apresenta diante da alternativa proposta para solucionar o problema. Contudo, nesta dinâmica, a relação custo/benefício que não se restringe apenas às questões financeiras, mas também, diz respeito a elementos simbólicos, como; prestígios, ambições de poder, ganhos ou perdas eleitorais. Para entender o processo de formulação e de implementação de uma política tem-se que entender, claramente, quais são suas questões (*Issue*) e identificar as alternativas de solução para o problema, de acordo com cada um dos atores.

O momento da formulação, em função das preferências, gera expectativas de resultados, visto que traz vantagens e desvantagens para os atores envolvidos. Estes por sua vez, procuram construir alianças entre si e entram em disputas.

É uma dinâmica que traz padrões de lutas, jogos e debates. Nas lutas, para que um ganhe, o outro lado precisa perder - é o jogo de “soma-zero”. Segundo Rua (1998), é a pior das situações em políticas públicas.

Nos jogos, tem-se como objetivo prevalecer sua preferência, mas sem destruir o adversário, visto que, posteriormente este pode ser um aliado. Este padrão é comumente utilizado no ambiente político no mundo inteiro, se tem como exemplos, as negociações, barganhas e coalizões de interesse.

Nos debates, cada grupo de ator tenta argumentar sua preferência como sendo a melhor e assim, agregando os outros atores enquanto parceiros, ou seja, transformando-os em

aliados. Neste padrão, é necessária a utilização da persuasão, onde o conhecimento técnico assume papel relevante.

Outras maneiras de comunicação são citadas, durante a formulação da política, como por exemplo, a possibilidade de intercâmbios, ou seja, troca de favores, até mesmo benefícios, como dinheiro, cargos e bens, entre outros. Quando os intercâmbios não funcionam, existem as possibilidades de ameaças, com a imposição de danos e destituição de benefícios e favores.

A negociação também é uma maneira possível de decidir as preferências neste momento, onde todas as partes podem se sentir satisfeitas e todos saem dos processos achando que ganharam alguma coisa e não perderam tudo.

A fase da implementação é constituída pelo planejamento e organização do aparelho administrativo e dos recursos humanos financeiros, materiais e tecnológicos necessários para execução da política. Trata-se da preparação para a prática da política, a elaboração de todos os planos, programas e projetos que permitirão, finalmente, executá-la. Em Rua (1998) é a fase do desenrolar da política, que embasada em decisões anteriores, os planos saem do papel.

Existem condições necessárias para a implementação de uma política; as circunstâncias externas à agência implementadora não devem impor restrições que as desvirtuem; o programa deve dispor de tempo e recursos; não deve haver restrições em termos de recursos globais e nem em partes da implementação da política; a política a ser implementada deve ter relação direta entre o problema e sua solução; deve haver apenas uma agência implementadora; os objetivos a serem atingidos devem ser claros durante todo o processo de implementação; avançar em direção aos objetivos especificados, havendo coerência e esclarecimento dos detalhes, da sequência e das tarefas a serem realizadas por cada participante; os atores que atuam em posições de comando devem estar em extrema sintonia com aqueles hierarquicamente acima.

No que diz respeito à implementação das políticas, Rua (1998), explicita que os recursos públicos são escassos frente às necessidades da sociedade, mas o programa de governo costuma falhar mais por deficiência na gestão, do que por carência de recursos. Muitas vezes o que é entregue à população é bem diferente do que foi formulado.

Winter (2012) discute a implementação a partir de pioneiros teóricos e suas importantes contribuições, tais como Pressman Wildavsky (1973), Eugene Bardach (1977) e outros. Mas a maior parte destes, reflete a implementação de maneira pessimista enfatizando seus fracassos e barreiras. Ao abordar teóricos de uma segunda geração, traz para discussão os modelos “top down” e “up down”, como modelo de análise das políticas públicas, sendo estes dois modelos mais otimistas em perceber a implementação de políticas.

O modelo “top down” (de cima para baixo) prevê hierarquias, onde no topo se decide e abaixo se implanta. Neste modelo, os líderes políticos articulam uma clara preferência para a solução de problemas e as decisões são tomadas pelo governo sem considerar níveis hierarquicamente inferiores.

O modelo “up down” (de baixo para cima) ocorre com todos os atores públicos e privados envolvidos na implementação do programa, dando ênfase à participação do público que será assistido. Esta perspectiva se concentra na inter-relação entre atores e órgãos. Neste modelo, os burocratas (executores) das políticas possuem papel decisivo tanto para a implantação quanto para o bom funcionamento da política.

A fase da avaliação da política pública consiste na mensuração da análise, e posteriormente, nos efeitos produzidos na sociedade pelas políticas públicas, especialmente, no contexto das realizações obtidas e as consequências previstas e não previstas (SARAVIA; FERRAREZI, 2006).

A avaliação de uma política é uma atividade fundamental para saber se a política em questão está alcançando os resultados esperados e se precisa sofrer alterações para melhorá-la. Os gestores ocupam local privilegiado para a realização da avaliação da política, mas muitas vezes não o fazem por terem receio de estar sendo criticados com avaliações negativas ou mesmo porque desconhecem os mecanismos de avaliação da política (WU et. al, 2014). Contudo, alguns autores mencionam que a avaliação também pode ser utilizada, pelo gestor, para ficar em evidência a partir de avaliações positivas.

5.1. O Aborto na agenda das políticas públicas no Brasil

Segundo os autores Saravia e Ferrarezi, (2006, p.35) “toda política pública está integrada dentro de um conjunto de políticas governamentais e constitui uma contribuição setorial para a busca do bem-estar coletivo. Cada política, pela sua vez, inclui diferentes aspectos aos que dá prioridade, em função das urgências e relevâncias”.

Rocha (2009) aponta que o aborto é um problema de saúde pública e mesmo assim, hospitais e serviços públicos de saúde encontram dificuldades no acolhimento a ser ofertado, sobretudo pela equipe de saúde. Pontua que estes profissionais não são preparados para lidar com a questão do abortamento desde a formação, inclusive, possuindo pouca apropriação teórica quanto aos direitos políticos.

Corroborando a autora, o Ministério da Saúde em 2009, realizou estudo sistemático, a partir de mais de 2000 publicações, nos últimos 20 anos sobre o tema do aborto no Brasil e identificou que as pesquisas realizadas e a literatura que embasa estas pesquisas, afirmam em sua maioria, dois importantes aspectos. O primeiro, que o aborto é um problema de saúde pública, e, sobretudo, “enfrentar com seriedade o fenômeno significa compreendê-lo como uma questão de saúde e direitos humanos e não como ato de infração moral de mulheres levianas”. O segundo aspecto, é que é notória a falta de preparação política e teórica dos profissionais de saúde para lidar com o tema (DINIZ, 2008).

Para lidar com esta realidade a autora explica que é importante entender opiniões e processos políticos de discussão e decisão, vindas de parlamentares e entidades médicas, onde respectivamente, fazem parte da estrutura de Estado e da sociedade civil (ROCHA, 2009).

No âmbito do parlamento, é necessário pesquisar os processos e partidos políticos frente à questão. Na esfera das entidades médicas (associações, conselhos, entre outros) é importante analisar como estas se posicionam diante do assunto e entre elas. Estudos neste sentido colaboram para o enriquecimento teórico, fornecendo subsídios para revisão da legislação; para construção e implementação de políticas, serviços e programas nessa área.

Apesar de conquistas no espaço político legal, ainda existem desafios e recomendações para implementação efetiva das conquistas no âmbito da atenção integral à

saúde da mulher. Ainda para Rocha, 2009, a defasagem muitas vezes está relacionada à responsabilidade e à vontade política do poder local, perpassando por questões atreladas ao preparo dos gestores e o comprometimento com os direitos de cidadania neste sentido.

Atualmente, na perspectiva de avanços, no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, o movimento feminista, inclui-se nas agendas de governo reivindicando pela descriminalização do aborto, enquanto direito da mulher. Desde o período de redemocratização do país, na década de 1980, a sociedade civil teve maior abertura para pleitear direitos que garantissem o pleno exercício da cidadania. Juntamente a estas lutas somam-se os movimentos feministas, buscando garantir direitos políticos para as mulheres, incluindo a liberação do aborto, dado os altos índices de morte materna (como consequências de abortamentos induzidos de maneira insegura) e o direito à autonomia da mulher sob seu corpo.

Segundo Barsted (1992) *apud* Rocha (2009) até os anos de 1970, no contexto da ditadura, mesmo os movimentos feministas sendo aliados à luta pela democracia, o tema do aborto ainda não fazia parte de suas pautas de luta, sendo introduzido a partir da década de 1980. Em 1983 ocorreu o importante encontro nacional, realizado no Rio de Janeiro entre entidades e grupos feministas, que através da elaboração de um documento no final do evento, o aborto foi considerado direito e demandava informações para as mulheres e a criação de serviços públicos para tratar o abortamento. O encontro apontava então para a construção de políticas públicas nesta área (ROCHA, 2009).

Porém, somente entre de 1985 e 1989, com a intensificação da participação da sociedade civil nas decisões do Estado e as pressões advindas dos movimentos feministas, os direitos concernentes às mulheres entraram nas agendas políticas, dos poderes Executivo e Legislativo por meio da Constituição Federal de 1988.

Com o fim da ditadura em 1985, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), que durante a preparação da Assembléia Nacional Constituinte (1986), encaminhou aos constituintes da Assembléia a “Carta das Mulheres”, contendo princípios e reivindicações, entre eles, o direito à interrupção da gravidez.

A Igreja Católica reage ao apelo da Carta, e a discussão entra na esfera Legislativa através da Igreja. Mediante o caráter controverso, a Carta não entrou na agenda Legislativa e neste momento, a temática do aborto toma uma nova dimensão e é motivo de discussões acirradas entre as feministas, a Igreja Católica e os demais grupos religiosos que também se posicionavam contra a interrupção da gestação.

Na esfera do poder Executivo, o tema do aborto entra na agenda política por meio de Conferências e Conselhos Nacionais na área da saúde, além da elaboração de normas técnicas introduzidas pelo Ministério da Saúde, para tratar a questão conforme art. 128 do Código Penal.

A iniciativa Federal fez com que, no ano de 2005 as ações direcionadas para o abortamento legalizado fossem ampliadas. Talib e Citeli (2005) *apud* Rocha (2009), apontam que no ano de 2005 eram identificados 37 hospitais que realizavam ou estavam preparados para receber essa demanda, estando estes distribuídos entre 21 Estados e no Distrito Federal.

No Brasil, mesmo sendo a interrupção voluntária da gestação decorrente de estupro, regulamentada no Código Penal de 1940, o primeiro serviço de atendimento as mulheres em situação de violência sexual, somente foi implantado em São Paulo no ano de 1989 (quase 50 anos depois), no Hospital Artur Ribeiro de Saboya, possibilitando o aborto à mulher que apresentasse o Boletim de Ocorrência (BO) e o Laudo do Instituto Médico Legal (IML). Atualmente estes requisitos não são necessários, sendo suficiente o relato da mulher.

5.2 Avaliação de políticas públicas – um desafio necessário

As informações apresentadas a seguir pretendem contribuir para o entendimento da temática da avaliação de políticas públicas e programas governamentais. O conteúdo sobre o tema é amplo e vasto, não sendo objetivo esgotar em profundidade a questão. No contexto, serão apresentados conceitos relevantes para alguns autores e que embasam a análise da pesquisa.

Wu et al. (2014) expõe que os gestores públicos, diariamente, lidam com deficiências que são próprias das políticas públicas, uma vez que foram mal orientadas e mal concebidas, além de serem contraditórias em seus objetivos e execução.

A maior parte dos gestores públicos, por não compreender as deficiências inerentes às políticas públicas, costuma evitar a avaliação, com receio de serem criticados e se sentirem frustrados e incapazes de resolver os problemas. Contudo, o receio pode ser minimizado, visto que a avaliação de políticas públicas oferece uma linha crítica de defesa, pela investigação sistemática da eficácia das políticas, de seus programas e de seus procedimentos (WU et. al., 2014).

Além de a avaliação ser compreendida como uma avaliação negativa de seus trabalhos, poucos se esforçam para realizá-la, visto que é bastante desafiadora tecnicamente e quanto ao levantamento dos dados necessários. Neste sentido, algumas políticas e programas continuam existindo, mesmo sendo ineficientes e com possíveis avaliações negativas. Sem uma avaliação séria, a melhoria também não pode ocorrer.

De fato, a avaliação de uma política pública coloca em evidência gestores, políticas e programas, mas é necessária para o melhoramento da política pública. Os resultados obtidos na avaliação das políticas vão subsidiar a revisão da própria política, redefinindo objetivos e atividades quando necessário e possibilitar novas construções, tentando evitar as falhas identificadas nos resultados da avaliação, além de auxiliar no fortalecimento do conhecimento técnico dos gestores e executores. Para avaliar uma política é necessário avaliar todos os atores envolvidos, estatais ou sociais.

O autor chama a atenção para o mau uso da avaliação da política pública, onde algumas vezes, não é utilizada para revelar os impactos de uma política pública, e sim para, disfarçar ou esconder uma situação que pode apresentar o governo de um ângulo desfavorável, ou até mesmo, o contrário. Atores fora do governo podem apresentar conclusões que levam ao demérito, com a intenção de criticar o governo, com a finalidade de obter vantagens partidárias ou reforçar suas preferências na intervenção das políticas.

A avaliação de projetos tem papel crucial nos programas governamentais, visto que só se perceberá a eficácia do planejamento com a avaliação dos resultados. No entanto, a

avaliação de uma política pública não é apenas um instrumento de verificação da necessidade de redirecionamento dos objetivos e atividades da política, da sua necessidade de reformulação e viabilidade, é ainda, uma maneira de prestar contas à população sobre seu funcionamento (COHEN; FRANCO, 1994)

Os desenhos de uma política ou programa são traçados desde sua formulação, geralmente por autoridades e conjunto de autoridades que expressam suas escolhas sem considerar os aspectos importantes para a população. São projetados por pessoas que se acham em plenas condições de definir um diagnóstico para a política, que acreditam ter as informações necessárias ao seu desenho e ainda, que o modelo causal apresentado é o verdadeiro.

Isto implica numa supremacia à formulação, que considera os desvios na implementação, como situações simples e não como contradições entre formuladores e implementadores. Porém, a questão não deve ser percebida de maneira tão simples assim, visto que na fase de implementação, onde seria apenas uma fase de execução, passa-se a tomar decisões e definir estratégias que serão utilizadas para se chegar aos objetivos formulados, exacerbando assim, as contradições entre formulação e implementação.

Em alguns projetos ocorre uma distância entre a formulação e a implantação das atividades, tornando a política contraditória e frágil. Isto se dá por questões relacionadas; à falta de informação dos formuladores ao implementadores quanto aos objetivos do programa e a importância de segui-los; à discordância das prioridades estabelecidas no programa, neste caso os implementadores discordam com os objetivos e estruturam suas atividades de acordo com suas próprias prioridades (burocrática, de clientela, de grupos de interesse); por razões adversas, os operadores da política conhecem e concordam com os objetivos do programa, mas por questões administrativas financeiras ou até políticas, são impossibilitados de alcançar os objetivos. Por último, por imprevisibilidade, ou seja, “problemas não previstos no momento da formulação e podem levar os implementadores a promover adaptação ao desenho

original, com vistas a garantir que os objetivos de um dado programa sejam realizados” (NEPP⁹ - UNIVERSIDADE DE CAMPINAS, 1999).

Na perspectiva, em Cavalcanti (s/d), uma política pública não pode ser analisada de maneira linear e simples, como proposto por alguns autores, mas sim, em ciclo, visto que, todas as fases carecem de avaliação e uma fase depende da outra para a eficácia da política.

Ante o exposto, Lubambo e Araújo (2003) *apud* Cavalcanti (s/d), definem quatro tipos de avaliação em políticas públicas: a avaliação *ex-ante*; a avaliação *ex-post* ou somativa; a avaliação formativa ou de processo; e monitoramento.

A avaliação *ex-ante* ocorre anteriormente ao início do projeto. É o tipo de avaliação que procura medir a viabilidade de um programa antes de sua implementação, sobretudo sua relação custo-benefício. Costuma ser utilizada por órgãos financiadores de projeto, a fim de identificar prioridades e metas. Contudo, Lubambo e Araújo (2003) *apud* Cavalcanti, (s/d.) apontam que nem sempre a viabilidade de um projeto pode estar relacionada apenas à relação econômica e financeira, visto que a viabilidade política, institucional e as expectativas dos beneficiados também são relevantes. Na avaliação *ex-ante* também é possível definir qual é o melhor tipo de opção entre programa e projeto para se concretizar uma política.

A análise *ex-post* ou somativa, analisa em que medida os objetivos esperados em uma política foram alcançados. Estes resultados podem ser agrupados em duas modalidades: resultados esperados ou resultados não esperados, ou seja, efeitos gerados e não gerados com a execução da política.

Na avaliação destes resultados, independente da modalidade é importante saber até que ponto o programa está de acordo com as intenções originais, verificando; que tipos de serviços ou benefícios o público assistido está recebendo; em que medida esses serviços e benefícios estão de acordo com o que foi proposto pelos formuladores; se os beneficiários estão satisfeitos com os resultados; se os resultados atingidos são compatíveis com os esperados e ainda, caso o programa tenha gerado resultados não esperados, é oportuno saber como isto ocorreu. Quando os resultados de um programa são focalizados desta forma, a avaliação assume caráter somativo.

⁹ Núcleo de Estudos de Políticas Públicas.

A avaliação *ex-post* permite a avaliação de resultados esperados e a identificação de resultados não esperados, desta forma, tornando o ambiente propício para a avaliação dos impactos destes resultados na política. Para Wu et. al. (2014), avaliação de processo examina os métodos organizacionais incluindo as regras e os procedimentos operacionais.

Cohen e Franco (2014) referem que os projetos em andamento podem ser avaliados de maneira qualitativa e quantitativa. Na forma qualitativa é definido se o projeto deve ou não prosseguir. Caso a avaliação tenha sido qualitativa positiva, além de prosseguir, deve ser apoiado e até mesmo, ampliado. Neste caso, a avaliação quantitativa se encarregaria de informar em que medida o programa seria implementado. Caso contrário, se um projeto é avaliado de maneira qualitativa negativa, deve ser reprogramado para melhor alocar os recursos e atingir os resultados esperados.

Em suma, a análise *ex-post* permite a avaliação dos projetos e políticas durante seu funcionamento ou ao seu término, sendo possível observar a eficiência operacional e seus impactos, além de identificar resultados previstos e não previstos na formulação.

Quando a avaliação é focada na gestão do programa, assume caráter formativo. Ela é centrada em investigar como o projeto funciona (seus mecanismos, processos e conexões) e quais suas estratégias para a obtenção dos resultados esperados. Neste sentido, a avaliação tem caráter formativo. Diferencia-se da avaliação formativa, sobretudo, porque está focada nos processos e não nos resultados.

O monitoramento de uma política pública deve ser um processo sistemático e periódico de análise da gestão, do funcionamento e do desempenho dos programas durante todo o curso do processo. Com o monitoramento sistemático se pretende solucionar problemas de maneira eficaz, num menor intervalo de tempo. São importantes características do monitoramento: otimizar a realização dos objetivos; obter conhecimentos para readequação do projeto ou programa; observar apenas elementos específicos do projeto, ou seja, em suas particularidades; trabalhar com objetivos definidos; usar a medição de indicadores quantitativos e qualitativos, onde os quantitativos podem inclusive ser explicados qualitativamente (UNIVERSIDADE HUMBOLDT DE BERLIN, 2000, p. 26 *apud* CAVALCANTI, s/d. s/p.).

O monitoramento interno em um programa pode redirecionar profundamente suas atividades, modificando recursos, cargos, funções, cenários financeiros, entre outros. Essa soma de esforços visa otimizar e manter o funcionamento adequado do programa.

Em avaliação de políticas públicas existem três conceitos básicos mencionados frequentemente: *eficiência*, *eficácia*, e *efetividade*.

A eficiência de uma política pública refere-se à otimização dos recursos utilizados, ou seja, que se possa obter o melhor resultado possível com os recursos disponíveis. O conceito de eficiência está diretamente relacionado à avaliação do tipo formativa e de processo, visto que procura entender como os recursos públicos, sejam estes, de materiais, humanos e financeiros acontecem (CAVALCANTI, s/d.).

A eficácia de uma política pública está relacionada aos resultados (efeitos) que o programa produz à população beneficiária e ainda, quais foram estes efeitos. Para Cohen e Franco (2014), a eficácia se preocupa com os resultados obtidos independente dos custos.

A efetividade é um conceito bastante utilizado no contexto econômico, porém se adéqua perfeitamente à avaliação de contextos sociais de políticas públicas. Revela em que medida há correspondência entre os objetivos traçados no programa e os resultados atingidos. (BELLONI; MAGALHÃES; SOUSA, 2001 *apud* CAVALCANTI, s/d.)

Para a realização da avaliação de um projeto em políticas públicas é necessário a utilização de metodologia adequada sendo identificado alguns conteúdos: deve ser definido o universo do estudo, as unidades de análise, as hipóteses, o modelo da amostra, o plano de análise, o contexto e as formas de recolher a informação, os instrumentos de coletas de dados, as formas e passos de processamento e as técnicas a serem utilizadas (COHEN; FRANCO, 2014).

Quanto ao universo do projeto é necessário definir a *população*, o grupo de pessoas, famílias ou organizações, ou seja, a população que será analisada, os receptores do serviço. A população possui atributos ou características que devem ser identificadas de acordo com sua natureza, sendo variáveis contínuas (peso, renda, idade, etc.) ou variáveis abruptas, variáveis discretas, como por exemplo, escolaridade.

As unidades de análise, dizem respeito ao objeto da avaliação. Elas podem ser caracterizadas de diferentes maneiras: com referências a si mesmas, onde a medição é realizada exclusivamente sobre a unidade, não requerendo conhecimento sobre subunidades ou unidades do mesmo nível; com referência a outras unidades do mesmo conjunto (comparação), que comportem os mesmos atributos; com referência a unidades de outros conjuntos (relação); com referência a subunidades de seus conjuntos; com referência a super unidades (contextual), de um conjunto da qual faz parte.

A hipótese é uma afirmação conjectural sobre a relação existente entre duas ou mais variáveis. A hipótese exige três condições básicas, sendo; oferecer uma resposta ao problema que gerou a avaliação; que as hipóteses não verificáveis sejam enunciadas diretamente; e devem estar bem formuladas e possuir sentido e relevância. A formulação de hipóteses é comum no modelo *ex-ante*, visto que neste momento se propõe ideias para obtenção de resultados nos projetos.

Muitas vezes, o universo da população a ser investigada se apresenta muito extenso, sendo impossível investigá-lo por completo, neste caso, pode-se examinar uma parte ou amostra da população e com base na população limitada é possível fazer inferências na população total. Neste sentido, qualquer subconjunto da população universo constitui uma amostra.

A amostra deve permitir determinar a eficiência operacional ou o impacto do projeto, e ainda, os resultados obtidos através da amostra devem ser extrapoláveis ao universo, ou seja, as relações contrastadas não devem se limitar apenas ao subconjunto amostral, mas à totalidade do conjunto avaliado. Cohen e Franco (2014) salientam que uma amostra deve ser proporcional e probabilista, e, além disto, para determinar o grau de inferência é fundamental que a amostra seja aleatória.

No contexto amostral é importante diferenciar representatividade e aleatoriedade. A representatividade está relacionada à composição da amostra, quando é igual ou similar a do universo, se diz que a amostra é representativa. A aleatoriedade se refere à forma de seleção dos indivíduos da amostra. Chama-se a atenção que quando se aumenta o tamanho da amostra

aleatória, ela se torna mais representativa do universo estudado, aumentando a probabilidade de a média amostral coincidir com a média populacional.

O plano de análise deve sintetizar a informação disponível em indicadores, escolher métodos e técnicas para investigar os resultados, observar a natureza dos indicadores e as escalas aplicáveis aos mesmos, a fim de selecionar as ferramentas estatísticas a serem utilizadas.

O plano de análise ajuda a organizar a quantidade de informações necessárias, quais informações serão analisadas, qual a classe de análise para cada informação, quais recursos de análise serão utilizados, o tempo necessário e como serão apresentados os resultados.

Quanto ao contexto e as formas de recolher a informação, todo projeto é avaliado em seu contexto sociocultural, portanto, devem ser avaliados os fatores físicos e socioeconômicos que o influenciam. O contexto é considerado extremamente importante, pois pode levar ao fracasso ou ao êxito do projeto. Num contexto macro, são consideradas questões relacionadas ao sistema político, às atitudes frente ao projeto, a importância concedida aos serviços prestados entre outros. No contexto micro, considera-se o ambiente no qual a avaliação é produzida e onde os dados podem ser captados de maneira verbal ou não verbal.

Como instrumentos de coleta de informação podem ser utilizados, questionários e pré-testes. O questionário é utilizado para qualquer tipo de unidade de análise que contenham variáveis relevantes para a avaliação, esses subsidiarão na avaliação das hipóteses centrais. Deve apresentar uma estrutura aberta e flexível, evitando restringir o projeto aos limites do avaliador. O pré-teste antecede à análise e é realizado com uma pequena parte da amostra, com instrumentos que serão passíveis de alterações ou não, auxilia também, no treinamento do pessoal que realizará o levantamento das informações.

“Quanto às formas e fases de procedimento, estas se iniciam depois de concluída a coleta, visando o processamento das informações, pode ser realizada por codificação, análise de consistência de variáveis e análise da distribuição e da relação existente entre variáveis”. (COHEN; FRANCO 2014, p. 145-146).

As técnicas a serem utilizadas dependerão do nível de medição que possam ser aplicados aos atributos ou variáveis das unidades de análise. No entanto, é importante

esclarecer que a medição não utiliza os números apenas no sentido quantitativo. Estes são símbolos que podem ter dois significados; “o quantitativo habitual, que com eles podem ser realizadas operações algébricas e o significado qualitativo, que pode significar uma denominação arbitrária ou estabelecer uma ordem” (COHEN; FRANCO, 2014, p. 147).

Portanto, a medição é possível quando há correspondência entre elementos e números, de acordo com regras teóricas e empíricas. E ela será tão confiável quanto ao grau de adequação das regras ao objeto medido (Kerlinger, 1964 *apud* Cohen; Franco, 2014).

Segundo, Fernandes; Ribeiro e Moreira (2011), avaliar é atribuir juízo de valor a algo, é conferir aval, porém, por ser a avaliação de políticas públicas um processo complexo, “avaliar também é comparar parâmetros estabelecidos e resultados alcançados de uma dada intervenção ou sobre qualquer de seus componentes, com vista a facilitação da consecução de determinados objetivos” (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2011; p. 1667).

6 PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 Objetivos

6.2 Objetivo geral:

Investigar em que medida o princípio de integralidade, enquanto lei está sendo efetivado no contexto das políticas públicas de saúde, no SAMWL, diante do abortamento legalizado.

6.3 Objetivos específicos:

- Investigar se conteúdo(s) intrínseco(s), tais como valores pessoais (religiosos, sociais, morais e culturais) interferem na realização do aborto previsto em lei;
- Compreender como estes conteúdos refletem na atuação técnica dos profissionais e nas decisões das próprias pacientes;
- Investigar se os profissionais possuem conhecimentos necessários a respeito das normas técnicas de saúde para o abortamento (Ministério da saúde, 2011);
- Investigar se as pacientes possuem conhecimentos de seus direitos quanto ao abortamento;
- Analisar a percepção das pacientes com relação ao comportamento dos profissionais envolvidos durante as etapas do abortamento.

6.4 Hipóteses de pesquisa

- Valores religiosos, morais, sociais e culturais reduzem e/ou limitam efetivação da integralidade enquanto direito.
- A Falta de informação por parte da equipe e/ou das pacientes diminui a efetivação da atenção integral enquanto direito.

Acredita-se que os profissionais de saúde do Serviço, quando diante da efetivação do aborto, tendem a (re) definir suas práticas, de acordo com suas convicções pessoais, assim,

não atendendo ou limitando os dispositivos da lei e das políticas públicas de saúde direcionadas à mulher gestante por violência sexual. Mulheres com direito ao abortamento seguro, por se sentirem discriminadas no Serviço, ou até mesmo por desconhecerem amplamente seus direitos, podem optar pelo abortamento inseguro. A desistência também pode ser relacionada à discriminação em seus grupos de convivência, seja família, trabalho, comunidade religiosa entre outros.

6.5 Aspectos éticos

Durante o desenvolvimento de toda a pesquisa houve o cumprimento das regras definidas pela resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais do sujeito da pesquisa, exclusivamente, para os fins científicos mantendo sigilo e garantindo a não utilização das informações, sem prejuízo das pessoas e/ou comunidade, inclusive em termos de autoestima, de prestígio.

No que se refere aos benefícios diretos às pacientes, a pesquisa visou à melhoria do serviço, através de assistência multiprofissional ainda mais qualificada para as mulheres que desejam interromper a gestação por violência sexual, tendo como princípio norteador o atendimento integral enquanto eixo fundamental do SUS e das políticas públicas de atenção às mulheres.

Quanto aos benefícios diretos aos profissionais, estes poderão repensar suas práticas, através do aprofundamento teórico, desconstruindo e reconstruindo conceitos e valores acerca do aborto, podendo assim, ofertar assistência de excelência diante do abortamento, em serviço já considerado como referência estadual.

A pesquisa visou importantes benefícios indiretos não só para o público pesquisado, como também, para a sociedade em geral, visto que analisou a efetivação do princípio da integralidade do SUS, junto à prática multiprofissional no atendimento às mulheres gestantes por violência sexual, inseridas no complexo fenômeno da violência de gênero contra a mulher.

Esperava-se que as práticas dos profissionais no serviço estivessem em interface com a política de saúde de atenção à mulher e as demais políticas públicas vigentes, tais como, as políticas públicas de segurança, de assistência social, entre outras. A pesquisa se propôs então a ampliar as discussões nos mais diversos contextos, sejam estes acadêmicos ou não.

Quanto aos riscos, estes não foram previstos, porém as entrevistas podiam suscitar, sobretudo nas pacientes, conteúdos emocionais indesejados, visto que a temática remete ao abortamento, que na maioria das vezes, é percebido por elas como uma experiência negativa, principalmente por terem sido provenientes de uma experiência também marcante - o estupro. Neste sentido, foi explicitada às pacientes a possibilidade de outros encontros com a pesquisadora responsável pela pesquisa, no intuito de amenizar tais sentimentos.

Ainda referente aos riscos poderia haver algum tipo de constrangimento para responder alguma/s questão/ões, para evitar que isto acontecesse, a entrevista foi realizada em ambiente reservado e de maneira individual. As informações coletadas são confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Para evitar a quebra de sigilo e extravio dos dados, a pesquisadora se comprometeu em armazenar os dados coletados em computador pessoal em seu endereço de residência.

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de ética em pesquisa (CEP) em seres humanos no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPE para análise e aprovação. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi lido na presença dos entrevistado/as, assinando-o após expressar entendimento do mesmo e concordar em participar da pesquisa.

6.6 Campo de investigação

O SAMWL é situado nas dependências do Hospital Agamenon Magalhães (HAM) foi escolhido por ser um local de referência no Estado de Pernambuco, para atendimento e acompanhamento de mulheres em situação de violência, inclusive no tratamento de mulheres

que engravidam como das situações de estupro. O serviço é também o local onde a pesquisadora exerceu atividades profissionais como parte da equipe, o que facilitou na coleta de dados junto aos profissionais e prontuários clínicos.

O serviço funciona em regime de plantão - ofertando atendimento todos os dias da semana, durante 24 horas por dia. Dispõe para o seu funcionamento, de equipe multiprofissional, composta por 01 profissional de medicina, 01 de enfermagem, 01 de psicologia e 01 de serviço social, a fim de garantir atendimento especializado e humanizado a mulheres em situação de violência que procuram atendimento espontaneamente, ou encaminhadas por outras instituições.

Possui espaço adequado para o atendimento das mulheres que necessitam de cuidados biopsicossociais. Existem salas de atendimento psicológico e atendimento social, distintas; recepção; consultório médico com ambiente reservado para o exame ginecológico e demais intervenções médicas, bem como de enfermagem, com banheiro anexo; sala de coleta sorológica¹⁰; sala de grupo para discussões de caso e reuniões em equipe; quarto para internamento de paciente, com banheiro individual, sobretudo para os casos de abortamento previsto em lei; quarto de repouso dos profissionais com banheiro; e copa. Os atendimentos são realizados junto às mulheres vitimadas e/ou seus familiares.

7.7 Voluntários da pesquisa (critério de inclusão e exclusão)

Participou do estudo, a equipe multiprofissional (psicólogo/as, enfermeiro/as, médico/as e assistentes sociais) que compõe o serviço. Independentemente de suas respectivas idades¹¹, todos/as possuem formação adequada para a realização do atendimento especializado para as vítimas de violência sexual e as pacientes adolescentes (a partir dos 12 anos) e mulheres (férteis), ambas gestantes em decorrência de agressão sexual.

¹⁰ estudo de reações gerais do antígeno-anticorpo em um laboratório quanto ao exame de sangue específico conduzido para verificar a presença de anticorpos. A sorologia é realizada para determinar o tipo de sangue do paciente e para identificar uma infecção, sendo assim, um estudo aplicado nas áreas de saúde e criminologia/ Disponível em: <http://www.ehow.com.br/sorologia-sobre_96924>.

¹¹ A idade dos profissionais não é considerada como relevante neste estudo.

Quanto aos critérios de inclusão dos profissionais (grupo 1) serão pesquisados apenas aqueles que compõem a equipe multiprofissional do SAMWL, visto que são responsáveis pela formalização dos termos de consentimento para o aborto; serão priorizados aqueles que possuem maior tempo no serviço, acreditando-se que estes oferecem maiores vivências diante da temática estudada.

Foram entrevistados um total de 07 profissionais (grupo 1), sendo praticamente dois profissionais de cada categoria (psicólogo/as, enfermeiro/as, médico/as e assistentes sociais). O quantitativo de profissionais é considerado suficiente por se tratar de uma análise qualitativa dos relatos, não havendo significância o tamanho da amostra. No momento da coleta de dados, o serviço era composto por um total de 13 profissionais distribuídos entre as categorias citadas.

Quanto aos critérios de inclusão das pacientes (grupo 2) foram inseridas no serviço, através de prontuário clínico que indique a necessidade de acompanhamento e tratamento multiprofissional, dada gestação por estupro. Este grupo foi formado por pacientes a partir dos 12 anos de idade, gestantes de estupro e que se inserem no artigo 128 e inciso II do Código Penal brasileiro e no protocolo de abortamento do Ministério da Saúde (2015).

Foi entrevistado um total de 04 pacientes, o quantitativo se deu mediante disponibilidade das mesmas. Algumas pacientes se recusaram; outras mudaram seus contatos fornecidos em prontuários, não sendo possível a localização e ainda, houve aquelas que outras não compareceram aos locais e horários agendados.

Quanto aos critérios de exclusão não participaram do estudo os profissionais de saúde que não fizessem parte do serviço de apoio à mulher - Wilma Lessa.

No que se diz respeito aos critérios de exclusão das pacientes, não farão parte da pesquisa aquelas com idade abaixo de 12 anos completos (independente da violência sofrida e/ou gestação), visto que, atendendo fluxograma interinstitucional, são encaminhadas para atendimento e/ou tratamento adequado no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Bem como, não participaram da pesquisa meninas e mulheres que não se inserem no artigo 128 e inciso II do Código Penal brasileiro ou que se inserem, porém não fazem parte do serviço estudado, ou seja, de outros locais ou instituições.

A escolha do período a ser pesquisado, se deu por ser este o período em que o serviço passou a efetivar os registros de indicações abortamento legal.

7.8 Coleta de dados

Para a realização da coleta e análise de dados foi utilizada a abordagem de métodos mistos. Para os teóricos Creswell e Clarck (2013), a combinação dos métodos fornece maiores possibilidades analíticas. Os dados quantitativos sofreram análise descritiva a partir de planilhas de Excel.

Na abordagem quantitativa foram captados os dados secundários, através de prontuários clínicos e livros de registros institucionais internos. Esta abordagem permitiu uma extensa análise descritiva do perfil dos atendimentos realizados no SAMWL no período de 2001 a 2015. Para isto foi dimensionado uma amostra significativa de 361 prontuários clínicos selecionados sistematicamente no arquivo da instituição de saúde, que já se encontrava em ordem cronológica, contendo aproximadamente 7842 registros.

A amostragem sistemática consistiu em uma seleção aleatória, na lista ordenada dos registros, onde o sorteio foi feito uma única vez, a partir dos primeiros prontuários, num intervalo pré-determinado, de maneira que, os demais prontuários que compuseram a amostra foram coletados de maneira sistemática com passos constantes equivalentes ao comprimento do intervalo inicial, até que chegar ao prontuário de número 361. A análise qualitativa identificou também, a taxa de indicação e efetivação de abortamento, o tempo médio transcorrido para a efetivação do aborto.

A abordagem qualitativa foi realizada através de entrevistas semiestruturadas aos profissionais de saúde e pacientes, auxiliando na compreensão da operacionalização do protocolo institucionalizado no SAMWL para a efetivação do aborto; a sondagem dos valores individuais das pacientes e dos profissionais de saúde, diante da temática do aborto e se estes valores interferem na execução da política pública de atenção integral a saúde da mulher, com base nos Planos, Programas e Normas técnicas nacionais.

Para a realização das entrevistas, foram utilizados roteiros semiestruturados, previamente elaborados e aparelho de Mp4 para gravação das entrevistas. Foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que:

Tem como objetivo principal obter a anuência do sujeito e/ou de seu representante legal para a sua participação voluntária na pesquisa após ter recebido por parte dos pesquisadores os esclarecimentos sobre os aspectos da pesquisa: objetivos, riscos, procedimentos a serem realizados, respeitando os princípios da confiabilidade e do sigilo (CAMPINAS; BARROS, 2006, p.471).

As entrevistas semiestruturadas ocorreram individualmente, somente após consentimento dos indivíduos envolvidos. O roteiro de entrevista semiestruturada dos profissionais, continha perguntas que subsidiassem a compreensão do protocolo utilizado para o abortamento no serviço e a análise de como é realizado o atendimento integral às mulheres gestantes provenientes de violência sexual. O roteiro dispunha ainda de um caso verídico (Caso Roe), abordando a temática em questão, para que explicitem seu posicionamento e conduta técnica. Com a apresentação do caso, os profissionais expuseram livremente acerca de seus valores pessoais sobre o abortamento e questões relacionadas ao tema.

Às pacientes, se transcorreu os mesmos cuidados metodológicos, quanto ao termo de consentimento, realização de entrevistas, sigilo e registros. A este grupo, o roteiro visou investigar o conhecimento das mesmas, quanto ao direito ao abortamento; como tiveram conhecimento do serviço e como foi vivenciado por elas o itinerário de cuidados na instituição de saúde, junto à equipe multiprofissional. A análise destes aspectos auxiliou na construção do entendimento da efetivação da lei da integralidade, diante do aborto no serviço.

Em ambos os grupos, as entrevistas serão orientadas por instrumentos previamente elaborados, gravadas com auxílio de equipamento Mp4 em plenas condições de uso. O local para a realização das entrevistas, aos profissionais ocorreu individualmente em sala reservada, possibilitando total privacidade e conforto para entrevistador e entrevistado. No caso das pacientes, algumas entrevistas ocorreram no serviço de apoio à mulher e outras no Serviço de Psicologia Aplicada/UFPE, oferecendo os mesmos cuidados éticos. Em ambos os grupos, o/a

pesquisado/a respondeu livremente, e suas respostas foram gravadas em Mp4. Foi garantido sigilo quanto à identidade de cada indivíduo envolvido nas entrevistas.

Para a análise dos dados foram utilizados os recursos de planilhas do Excel, a literatura que alude sobre a temática da violência contra mulher, bem como, as orientações vigentes nas políticas públicas de atenção integral à saúde da mulher e as Normas técnicas de saúde, concernentes ao abortamento, do Ministério da Saúde.

Em 2011, o Ministério da Saúde atualiza a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento que traz informações relevantes para efetivação do atendimento integral à mulher em situação de abortamento. As orientações vão desde as posturas de acolhimento multiprofissional ao esvaziamento uterino (BRASIL, 2011), enfatizando inclusive, sobre a importância do planejamento familiar, pós-abortamento, a fim de prestar assistência de forma ampla e integral à mulher. Para o Ministério da Saúde, o ciclo de tratamento do abortamento só é concluído quando a mulher recebe orientação sobre os métodos contraceptivos e tem estes métodos disponibilizados após o procedimento.

A consonância entre as normas técnicas previstas pelo Ministério da saúde no ano de 2011, as condutas técnicas adotadas no protocolo do SAMWL e as entrevistas das pacientes foram fundamentais para a análise da efetivação da política pública em questão. Ou seja, para a análise da efetivação da integralidade, enquanto lei e direito nos casos de abortamento de gestantes provenientes de violência sexual.

O Ministério da saúde explicita que "qualquer forma de exposição ou negação dos serviços a que tem direito podem ser requeridos e/ou questionados à luz da justiça" (BRASIL, 2011, p.22).

Diante da violência sexual, a mulher deve procurar atendimento médico num intervalo de tempo máximo de 72 horas, para que seja realizada a profilaxia medicamentosa, só assim, poderá minimizar o risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a gestação indesejada proveniente do estupro.

Aparentemente, a falta de informação, por parte da mulher e da sociedade em geral, dificulta ou impede sua chegada, em tempo hábil, nas instituições de saúde, ocasionando a

gestação proveniente da violência sexual. Neste caso, é garantido à vítima o direito ao abortamento seguro.

Nos municípios afastados da Região Metropolitana do Recife, o desconhecimento e a distância territorial são agravantes importantes que, muitas vezes impedem ou dificultam a assistência às mulheres e/ou adolescentes que sofreram as diferentes violências, sobretudo as violências sexuais. Neste sentido, há um esforço progressivo do Estado a fim de descentralizar o atendimento à mulher em situação de violência sexual, como disposto na Portaria 2.415, de 07 de novembro de 2014 do Ministério da Saúde.

6.9 Análise dos dados

Os dados qualitativos e quantitativos foram coletados em momentos distintos. A coleta dos dados secundários ocorreu nos primeiros dias do mês de fevereiro no ano de 2016, a partir de prontuários clínicos de pacientes atendidas no serviço e livros de registros internos. As entrevistas aos profissionais de saúde e às pacientes tiveram início logo após o término da coleta dos dados secundários, tendo ocorrido entre os meses de fevereiro e março do mesmo ano. Ambas as coletas foram iniciadas somente após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco - CEP/ UFPE.

A amostragem aleatória sistemática é utilizada quando as informações estão listadas em um documento onde a partir de um ponto inicial, após estabelecido intervalo, os elementos da amostra são selecionados sequencialmente em passos que correspondem ao comprimento do intervalo estabelecido. No caso do SAMWL as informações sobre as pacientes estavam organizadas em prontuários em ordem cronológica, entre os anos de 2001 e 2015. Sendo assim, no universo de 7842 prontuários foram selecionados 361 prontuários, contendo todas as informações relativas ao atendimento das mulheres que sofreram violência sexual atendidas no serviço. Diz-se amostra significativa, aquela com um erro amostral baixo (próximo de zero) e uma probabilidade que permita uma amostra representativa do universo,

ou seja, no estudo foi utilizado um nível de confiança de 95% e erro amostral em torno de 4%¹².

Para a construção do perfil dos atendimentos realizados no serviço, foi considerado um total de 21 variáveis, sendo estas; idade, escolaridade, cor, estado civil, religião, profissão, local de ocorrência da violência, escolaridade da vítima, renda familiar, bairro de moradia da vítima, hora da agressão, tipo de agressão, tipo de intimidação, definição do agressor, município de moradia da vítima, dias de ocorrências das agressões, dia da semana com maior incidência de atendimentos no SAMWL, ocorrência da violência conforme municípios no estado de Pernambuco, efetivação e não efetivação do aborto em mulheres gestantes de violência e por último, a origem dos encaminhamentos das vítimas.

Após análise da primeira amostra, a ocorrência de casos indicados para abortamento se apresentou baixa, contudo, sendo estes relevantes para a pesquisa. Assim, foi realizada uma segunda coleta de dados quantitativos, desta vez, não aleatória.

Desta vez, a numeração dos prontuários clínicos e quais destes seriam analisados foi definido a partir dos livros internos da instituição, que apontavam um total de 50 indicações ao aborto no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015. O início do período foi considerado, a partir do mês e ano em que o serviço passou a registrar os casos indicados para o aborto legalizado. Este levantamento auxiliou na construção do perfil das mulheres que buscaram o acesso ao abortamento e na identificação daquelas que seriam contatadas para as entrevistas.

Portanto, ocorreram dois momentos de coleta dos dados secundários. No primeiro, a coleta da amostra aleatória, permitindo traçar o perfil dos atendimentos realizados às

¹² $n = \frac{N \sigma^2 z_{\alpha/2}^2}{(N-1)E^2 + \sigma^2 z_{\alpha/2}^2}$ Onde, N representa o tamanho da população; σ^2 é a variância, $\sigma^2 = p(1-p)$ ($p = 0,5$); $Z_{\alpha/2}$ representa o valor da normal para um nível de significância α ; E representa o erro amostral

No trabalho: $N = 7842$; $Z_{\alpha/2} = 1,96$, para $\alpha = 5\%$; $\sigma^2 = 0,5(1 - 0,5) = 0,25$; $E = 0,04$, isto é $E = 4\%$
Logo,

$$n = \frac{7842 \cdot 0,25 \cdot (1,96)^2}{(7842 - 1) \cdot (0,04)^2 + 0,25 \cdot (1,96)^2} n = 367.$$

mulheres em situação de violência no SAMWL e a taxa de abortamento, e no segundo momento, a coleta de dados secundários em prontuários clínicos previstos, que subsidiaram na construção do perfil das mulheres que buscam o aborto previsto em lei e ainda, a identificação da taxa de abortamento no serviço.

Vale destacar novamente que a coleta dos dados qualitativos, se deu através de entrevistas semiestruturadas em momentos diferentes. No primeiro momento foram realizadas com o grupo de profissionais de saúde (sete profissionais), em dias distintos e individualmente, no próprio serviço de apoio à mulher. Em momento posterior, às pacientes (um total de quatro pacientes); duas realizaram as entrevistas em sala reservada dentro do serviço de apoio à mulher e duas na UFPE, conforme solicitação das mesmas. Em ambos os grupos, o/as entrevistado/as tiveram o termo de consentimento livre e esclarecido lido e assinado antes do início de cada entrevista.

Como citado anteriormente, as entrevistas tiveram início logo após o término da coleta dos dados secundários, em fevereiro de 2016. Foram agendadas através de prévio contato telefônico, diretamente com o profissional. Tiveram duração mínima, de 30 minutos e máxima, de 01 hora.

As entrevistas às pacientes se estenderam ao longo dos meses de fevereiro e março, em dias distintos dados à dificuldade de contatar as pacientes indicadas para o aborto, visto que muitos dos contatos telefônicos não existiam mais e alguns se encontravam fora de área de cobertura ou desligados. Foram várias as tentativas sem sucesso. Para este grupo eram respeitados os dias, horários e locais sugeridos pelas mulheres, a fim de deixá-las mais seguras e o mais confortável possível. As entrevistas variaram de 30 minutos a 40 minutos.

A fim de garantir o sigilo quanto à identificação dos/as entrevistados/as, durante a apresentação da análise, as falas dos profissionais serão indicadas por números arábicos, por exemplo, profissional de saúde 1, profissional de saúde 2 e assim por diante. O mesmo cuidado transcorreu às pacientes, sendo estas também indicadas por numeração arábica de acordo com suas falas, por exemplo, paciente 1, paciente 2, seguindo a sequência até a última paciente entrevistada.

6.10 Análise geral do perfil dos atendimentos realizados no Serviço de Apoio à Mulher

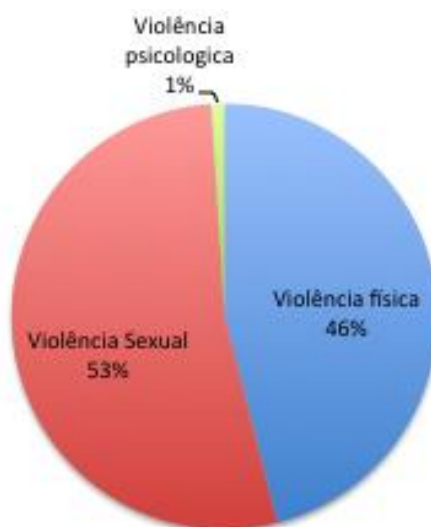
No primeiro momento, foi traçado o perfil e identificada a incidência de abortos efetivados pela equipe multiprofissional. Como citado anteriormente, os dados secundários foram coletados a partir de um total de 361 prontuários de pacientes atendidas, entre os anos de 2001 a 2015. Para a construção do perfil a amostra considerou um total de 21 variáveis, permitindo o estudo panorâmico dos casos de violência contra a mulher, atendidos no referido serviço. Neste sentido, foi possível traçar o perfil dos atendimentos realizados no serviço e a incidência de abortos efetivados pela equipe multiprofissional.

No que se refere às variáveis utilizadas, destaca-se que no que se refere a cor costuma-se gerar dúvidas e divergências conceituais, portanto, para a análise desta variável foi considerada a cor autodeclarada pela mulher, durante preenchimento do prontuário, que oferece para este campo, apenas um espaço em branco, embora que o IBGE no ano de 2008 caracterize como cor, aquela declarada pelas pessoas de acordo com as seguintes opções: branca, preta, amarela, parda ou indígena.

A análise geral do perfil dos atendimentos realizados no serviço levou em consideração os três principais tipos de expressão da violência contra a mulher. Sendo estes; a violência psicológica, a violência física e a violência sexual.

A análise aponta que entre os três tipos de violências mencionadas, a violência sexual é atendida no serviço com maior frequência (53%), seguida da violência física (46%) e a violência psicológica/moral (1%).

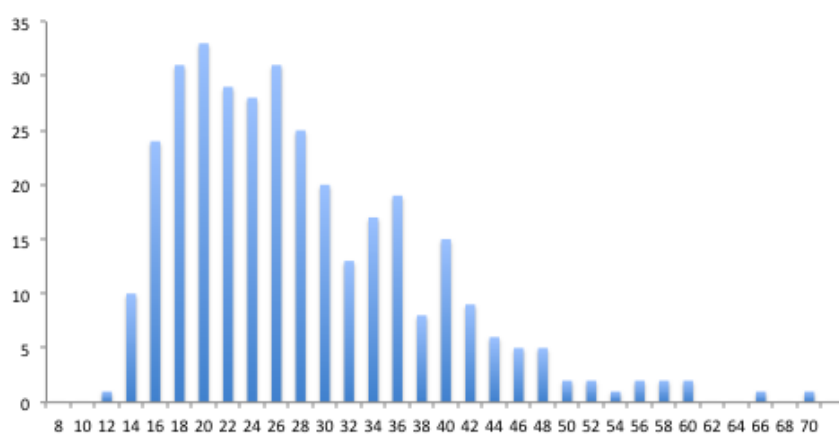
Gráfico 5 – Tipos de Violência (2001-2015)



Fonte: Elaboração própria

A média geral de idade das mulheres atendidas no serviço é de 26 anos, com desvio padrão de 10,9%.

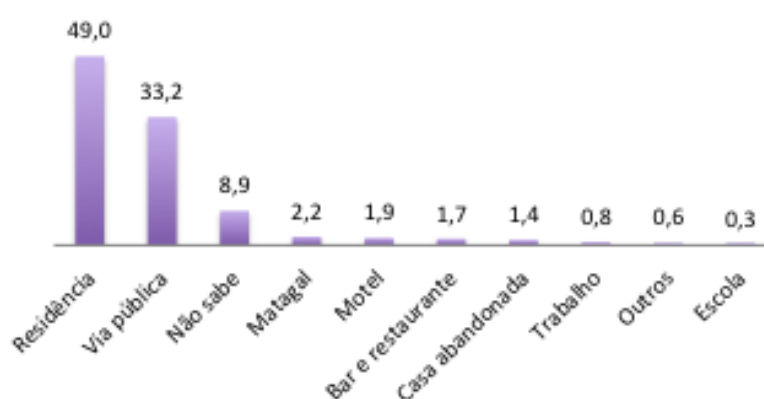
Gráfico 6 – Mulheres Atendidas no SAMWL por Idade (2001-20015)



Fonte: Elaboração própria

Conforme apresenta o Gráfico 7, o estudo aponta que 49% dos casos das violências em geral, ocorrem em ambientes domésticos ou residenciais; 32,2% em vias públicas; 8,9% dizem não saber onde foi cometida a violência, afirmando que haviam consumido álcool e/ou outras drogas; 2,2% no matagal; 1,9% em motel; 1,7% em bar e restaurante; 1,4% em casa abandonada; 0,8% no ambiente de trabalho; 0,3% em escolas.

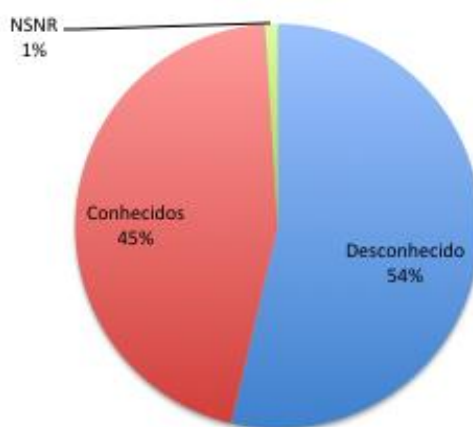
Gráfico 7 – Local de Ocorrência das Violências (2001-2015)



Fonte: Elaboração própria

Na maioria das situações de agressão, as vítimas são intimidadas das mais diversas maneiras. A intimidação por força física, juntamente com a ameaça é a mais frequente em 20,7% dos casos, seguidas de força física isoladamente (12,8%), arma de fogo com força física e ameaça (11,7%).

Conforme o Gráfico 8, 54% dos agressores são desconhecidos das vítimas, porém existe um elevado percentual de agressores conhecidos das mulheres (45,3%). Este dado será melhor apresentado adiante, no estudo dos perfis das violências, isoladamente.

Gráfico 8 – Caracterização do Agressor (2001- 2015)

Fonte: Elaboração própria

As mulheres que sofreram violência, durante preenchimento de seus prontuários declararam os horários em que ocorreram as agressões, sendo possível, portanto, indicar a predominância dos tipos de violência por horários e/ou turnos.

Tabela 1 - Horários de Maior Incidência das Violências

Horário	Porcentagem
16h às 24h	58,7%
00h às 02h	9,4%
10h às 12h	6,6%

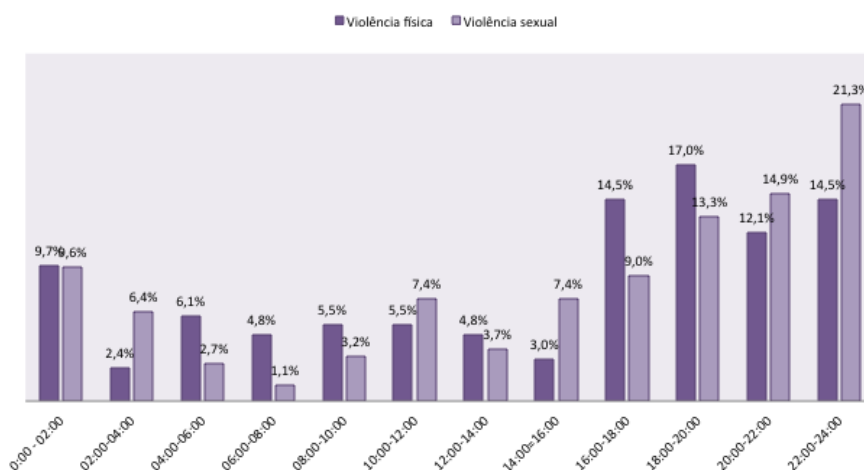
Fonte: Elaboração própria

No gráfico a seguir foi observado que no mesmo intervalo de tempo, as violências físicas e a violências sexuais, ocorrem em altos índices a partir das 16h, porém é a violência sexual, que mais atinge às mulheres nos períodos noturnos.

Nota-se que a violência sexual possui períodos de picos (10h às 12h; 14h às 16h), que aparentemente, coincidem com os horários de maior exposição das mulheres, em virtude de seus deslocamentos para seus locais de trabalho, escola, universidades, entre outros. No entanto, observa-se que a partir das 16h ocorre um crescimento exponencial nos níveis de

violências sexuais, se estendendo até a meia noite. Ao cair da noite, estes picos tornam-se mais evidentes.

Gráfico 9 – Incidências das Violências por Tipo e Hora (2001- 2015)



Fonte: Elaboração própria

Quando consideradas as variáveis horário da agressão e o tipo de agressão foram observados picos de violência física e sexual nos intervalos de tempo mencionados. Porém, cada tipo de violência apresenta picos distintos em cada turno e/ou horário investigado. Este dado será detalhado adiante, durante a apresentação das análises dos perfis de atendimentos frente às violências estudadas.

Das mulheres atendidas no SAMWL durante o período de 2001 a 2015, 57,3% são oriundas da cidade do Recife; 30,5% da Região Metropolitana do Recife (RMR) e 12,5% dos atendimentos são provenientes de cidades no interior do estado de Pernambuco.

6.11 Análise do perfil dos atendimentos envolvendo violência psicológica

A ocorrência de atendimentos por violência psicológica mostrou-se baixa em detrimento dos outros tipos de violência (1,4%).

A violência psicológica é um fenômeno comum e bastante frequente na vida cotidiana das mulheres. Porém, muitas vezes não se dá conta deste evento, como sendo de origem violenta. Segundo Borin (2007), a ocorrência de xingamentos, gritos, ofensas, rejeição, entre outras, são concebidas como naturais entre as relações afetivas, entre homens e mulheres. Segundo a autora, muitas mulheres, mesmo quando se percebem numa relação violenta, nutrem a esperança de que o agressor vai mudar, permanecendo na relação e calando diante dos atos de violência.

Por este motivo, as denúncias de violência psicológica são pouco notificadas pelas mulheres e até mesmo por profissionais, visto que a sociedade costuma banalizar este tipo de violência. No entanto, a autora explicita que violência psicológica deixa sequelas mais graves do que as físicas, visto que destrói a autoestima da mulher, deixando graves danos de ordem psicológica para esta e os demais membros da família, sobretudo crianças.

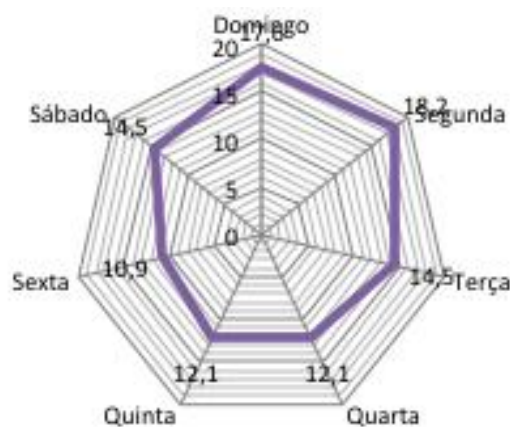
6.12 Análise do perfil dos atendimentos envolvendo violência física

Entre as mulheres atendidas no SAMWL 10,24% foram em decorrência de violência física, tendo em média 31 anos de idade.

Considerando a análise da ocorrência da violência física durante os dias da semana, foi notado que as mulheres que sofreram este tipo de violência buscam com maior frequência o atendimento de saúde no SAMWL, com a chegada do fim de semana.

Nas sextas-feiras o desenho de frequência, já se mostra crescente, obtendo picos de atendimentos entre os sábados e segundas-feiras. O que sugere que este tipo de violência ocorra com maior frequência durante o final de semana, conforme apresenta o gráfico a seguir:

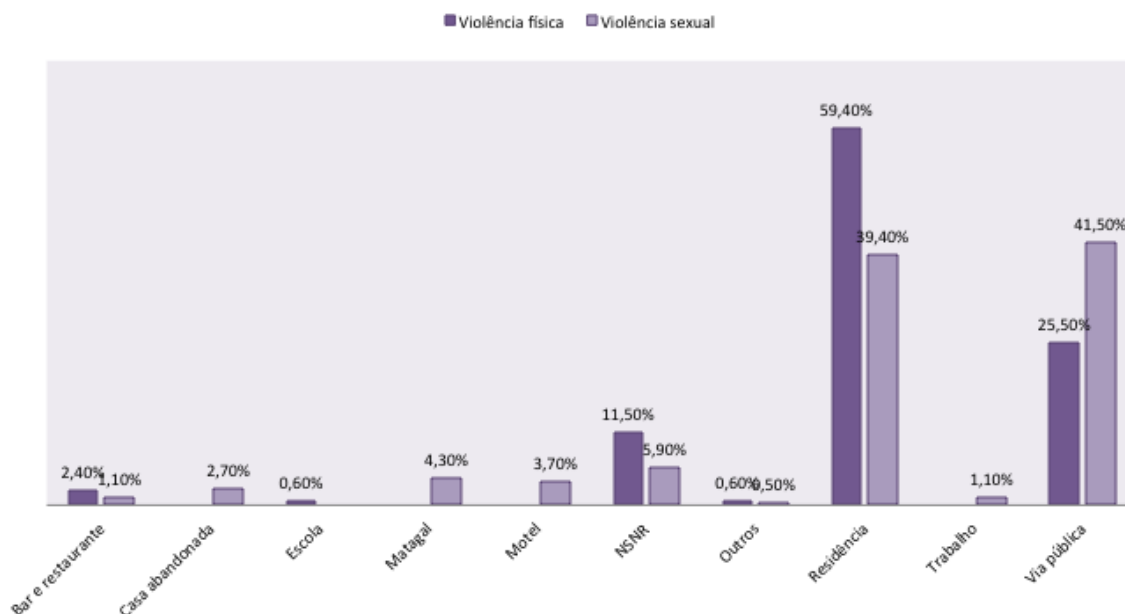
Gráfico 10 – Casos semanais de violência física (2001 – 2015)



Fonte: Elaboração própria

Apesar dos índices de violência se apresentarem altos por todo o fim de semana, são os dias de domingos e as segundas-feiras que o serviço atende um maior número de mulheres vitimadas por violência física. Acredita-se que este evento se dá em função de que a maioria da população está desobrigada de suas atividades de trabalho os finais de semana, estando mais voltadas para suas atividades sociais e de lazer, podendo inclusive fazer uso de substâncias psicoativas, como o álcool e outras drogas, bem como se expõem com maior frequência em lugares onde a segurança pública se mostra mais frágil.

A análise aponta que entre as violências que ocorrem no ambiente doméstico, 54,9% são identificadas como violências físicas. Embora que, este tipo de violência também se apresente de maneira expressiva em vias públicas (25,50%).

Gráfico 11 – Incidência de violência por tipo e local

Fonte: Elaboração própria

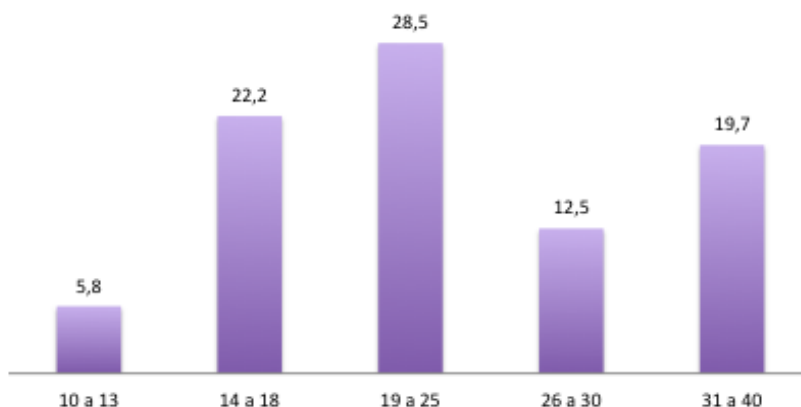
A violência física se mostrou significativa dentro dos mesmos intervalos de tempo onde foram identificados picos das violências em geral. Para o intervalo de tempo entre 16h e 00h, a violência física se mostra mais frequente entre às 18h e 20h (17%), embora que também apresente índices significativos até a meia noite (14,50%) (Ver Gráfico 9).

6.13 Análise do perfil dos atendimentos envolvendo violência Sexual

Quanto ao perfil das vítimas de agressão sexual, 28,5% possuem idade entre 19 e 25 anos; 60,1% se auto declararam morenas; 84% são solteiras; 48,8% são católicas; 45,7% são estudantes, sendo que 53,7% ainda estão cursando o ensino fundamental incompleto. A renda familiar destas mulheres é equivalente a um salário mínimo. A pesquisa revela ainda que este grupo de mulheres, em sua maioria, transita em vias públicas em horários noturnos (41,50%).

Considerando apenas o grupo das estudantes, a pesquisa revela que 16,6% tem entre 14 a 18 anos de idade e que 46% das ocorrências são na própria residência e 36% ocorrem em vias públicas.

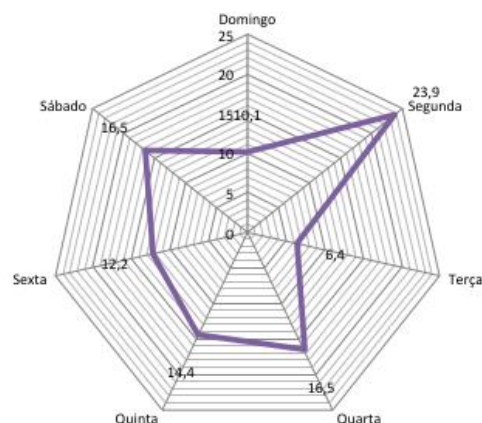
Gráfico 12 – Violência sexual por faixa etária



Fonte: Autor desconhecido

O próximo gráfico apresenta a incidência de violência sexual conforme os dias da semana. Nota-se que existe um menor número de atendimentos à violência sexual nos dias de terça-feira (6,4%) e domingo (10,10%). Nos demais dias da semana, os números de atendimentos se mantêm altos, sendo a quarta-feira (16,50%); sexta-feira (12,20%); quinta-feira (14,40%); sábado (16,50%). A segunda-feira apresenta maior número de busca por atendimentos (23,90%), podendo estar relacionados às violências sexuais sofridas nos dias anteriores e na própria segunda-feira.

Gráfico 13 – Casos semanais de violência sexual (2001-2015)



Fonte: Elaboração própria

A esta análise foi ainda possível acrescentar importantes considerações acerca da violência sexual, visto que o grupo de mulheres entrevistado, com o intuito de expressar a respeito da situação de abortamento no serviço, acabou relatando sobre suas experiências, diante da violência sexual.

Estas mulheres declaram que, por forte sentimento de medo, não buscam atendimento de saúde logo após a violência, procurando ajuda médica, na maior parte das vezes, quando já não conseguem lidar com os incômodos emocionais ou quando a violência sexual foi agravada por gestação, assim compartilhando o acontecimento com alguém conhecido.

Eu fiquei com medo! Repete várias vezes (se emociona... e chora). Quando questionada sobre o medo de contrair alguma doença sexualmente transmissível, diz: Pensei, mas fiquei com medo! Fiquei com medo de pegar até o resultado (Paciente 1).

Na hora não pensei em nada! Só pensei em morrer! Quando questionada sobre a procura de atendimento de saúde (Paciente 2).

Na hora você fica sem reação, porque eu fui ameaçada (...) Disse a uma amiga e ela mandou procurar uma delegacia pra que eu fosse dar queixa (Paciente 1).

No começo quando aconteceu eu tava muito deprimida, eu tenho duas filha e só pensava em dormir eu não queria acordar (...) fui à rede de saúde e falei com a enfermeira e ela disse que deu positivo (se referindo ao exame de gravidez) procurei a psicóloga no CAPS (no Centro de Atendimento Psicossocial) e ela sabia dessa rede aqui (Paciente 3).

As falas das pacientes ajudam a desmistificar a ideia de que grande parte das mulheres gestantes que solicita aborto legalizado, falta com a verdade durante seus relatos acerca das violências sexuais. Os julgamentos sofridos pela sociedade em geral e inclusive, por parte dos profissionais das instituições de saúde reforçam os sentimentos de medo, insegurança e vergonha e dificultam a procura de ajuda. O trecho abaixo apresenta relato de profissional de saúde no serviço, dotado de julgamento pessoal e juízos de valores.

A mulher chega aqui dizendo que foi estuprada, não fez um exame (...) a mídia está todo dia mostrando para onde ela deve ir em caso de estupro (...) existe aquela coisa da mulher que está mentindo. Se a mulher que está mentido vai para a delegacia prestar uma queixa, ela já vai temerosa (...) então eu acho que se fosse uma coisa fortalecida por uma queixa policial, eu acho que mesmo que ela já viesse para o serviço gestante, se a gente procurasse exigir dela um BO, eu acho que 50% das mulheres que vêm aqui não voltariam (Profissional de saúde 1).

Além do sentimento de medo relatado pelas mulheres, outro aspecto que dificulta a procura de atendimento médico, em tempo hábil é o desconhecimento da população, inclusive de quais iniciativas tomar diante da ocorrência de uma violência sexual e/ou gestação por estupro e ainda, o desconhecimento da existência do serviço de referência. Para as mulheres residentes nas cidades do interior do estado, os obstáculos para a assistência em saúde após violência sexual surgiram como agravantes pela escassez de informação e pela dificuldade de deslocamento que envolve inclusive, as situações financeiras destas mulheres.

(...) No dia 5 tinha um ônibus, do município, que vinha, mas quebrou e pra falar a verdade, a sorte nossa mesmo e de muita gente que vem se tratar aqui é a prefeitura, senão, a gente tava muito mal (...) ninguém nunca tinha me falado desse direito, porque primeiro dizem que é proibido o aborto no Brasil. Eu vim saber dos direitos mesmo, através da enfermeira que me atendeu lá e depois a psicóloga, mas antes eu não sabia (Paciente 3).

Abaixo são apresentadas as falas de paciente e profissional do serviço a respeito do itinerário terapêutico para a efetivação do abortamento:

Eu vim para duas consultas com a médica principal, duas com a psicóloga em dias diferentes e uma vez eu vim pra outra médica, que não era a minha médica. Eu vim umas 5 vezes com essa... Sim! Ainda teve a ultrassom que tava marcada para o dia 3, mas eles não conseguiram entrar em contato comigo. Aí quando foi mais ou menos dia 10 ou dia 12 eu vim por conta própria. Conversei com a psicóloga (do município em que mora) e ela disse que eu viesse sem marcar, porque não precisava marcar. Quando eu cheguei aqui me disseram que me ligaram várias vezes e não conseguiram. Não sei por quê. Aí me levaram para fazer a ultrassom. Aí quando eu fiz eu acho que já tava com umas quinze semanas. (Paciente 3).

(...) adiar adiar adiar... Esse adiamento tem que objetivo? Pra que dois atendimentos do psicólogo quando o quadro tá claro, tá insuportável, a mulher tá que não consegue segurar na barriga (...) se está grávida 24 horas por dia e você fica adiando, adiando. Isso pra mim é tortura! Recebi várias mulheres que diziam doutora a minha vida parou. Elas param de viver, param de tudo. Não conseguem fazer mais nada. (Profissional de saúde 3).

As dificuldades de acesso ao direito apontam a necessidade de repensar junto às instâncias de saúde e demais setores públicos, o itinerário de cuidados para aquelas mulheres que necessitam ser submetidas ao abortamento, sobretudo olhando a realidade daquelas que moram mais distantes.

Levando em conta o local de ocorrência da violência sexual, os resultados apontam que 41,5% das mulheres sofrem estupro em vias públicas, em geral por desconhecidos, contudo, existe um alto índice de mulheres que são violentadas sexualmente em ambiente doméstico, 39,4%, por companheiros e ex-companheiros.

Tabela 2 - Local de ocorrência da violência sexual/agressores

	Bar e restaurante	Casa abandonada	Matagal	Motel	NSNR	Outros	Residência	Trabalho	Via pública
Amigo					20,00%	20,00%	40,00%		20,00%
Companheiro							100,00%		
Conhecido	6,70%	13,30%		6,70%	6,70%		33,30%		33,30%
Desconhecido	1,00%	3,00%	7,90%	2,00%	4,00%		13,90%	1,00%	67,30%
Ex-companheiro				14,30%	14,30%		57,10%	14,30%	
Namorado				15,40%			76,90%		7,70%
NSNR					100,00%				
Padastro					12,50%		75,00%		12,50%
Parente							100,00%		
Vizinho				6,70%	6,70%		73,30%		13,30%
Total	1,10%	2,70%	4,30%	3,70%	5,90%	0,50%	39,40%	1,10%	41,50%

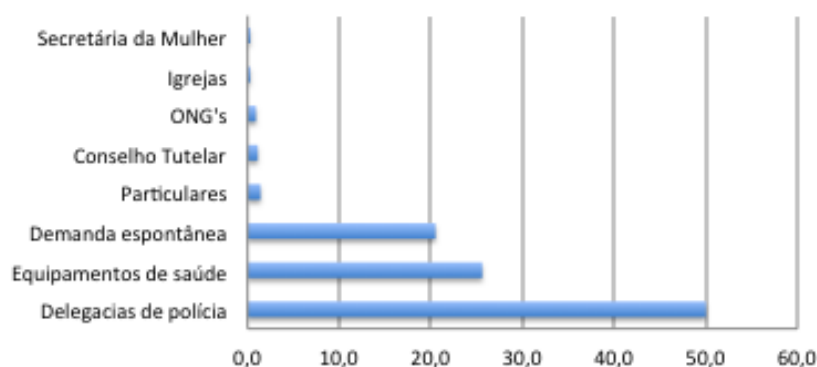
Fonte: Elaboração própria

Segundo Souza e Adesse (2005), o conceito de estupro conjugal, sendo este todo aquele praticado nas circunstâncias do casamento e união estável, pelo marido ou companheiro, ainda é pouco discutido e muitas vezes não reconhecido enquanto crime. A autora lembra que “a Constituição Federal confere igualdade de direitos e deveres entre homens e mulheres, inclusive no âmbito da sociedade conjugal (§ 5º do art. 226 da CF/88)” (SOUZA; ADESSE, 2005, p. 46).

A análise da rede institucional de apoio possibilita a compreensão de como as mulheres que sofreram violência sexual obtiveram conhecimento do SAMWL; 26,6% destas mulheres procuraram o serviço após atendimento no Instituto Médico Legal - IML; 19,9% solicitou o atendimento espontaneamente, ou seja, sozinhas ou acompanhadas de alguém conhecido; 10% foram encaminhadas pela Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher - DEAM (10%).

Por fim, a análise quantitativa não permite analisar o nível de articulação da rede de apoio com o serviço, sendo necessários outros estudos neste sentido, visto que a rede de assistência é uma das principais estratégias de atenção integral, frente às demandas das mulheres em situação de violência. A temática se apresenta de maneira complexa e exige atendimento multiprofissional especializado e intersetorial, ou seja, articulado com os diferentes setores e serviços nas políticas públicas.

Gráfico 14 – Encaminhamentos realizados ao SAMWL (2001- 2015)



Fonte: Elaboração própria

6.14 Análise do perfil dos atendimentos às mulheres em situação de abortamento proveniente de violência sexual no Serviço de Apoio à Mulher - 2013 a 2015

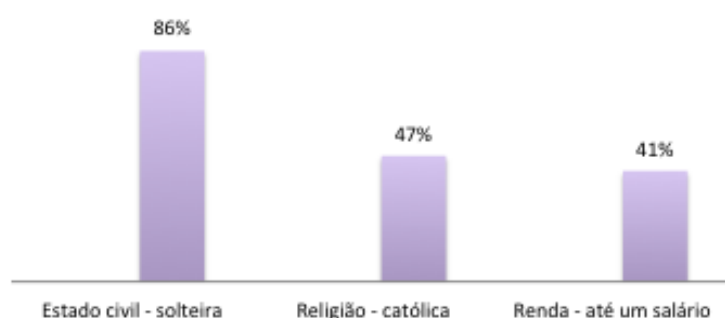
Como já mencionado, através da análise da amostra aleatória foi identificada baixa ocorrência de indicações para o abortamento no serviço. Sendo necessário realizar uma segunda coleta de dados, desta vez não aleatória, através de 50 prontuários de pacientes indicadas para o aborto, considerando o período de janeiro de 2013 a dezembro 2015, a fim de verificar a incidência de abortamentos e ainda selecionar os casos que seriam contatados para a realização das entrevistas. O período foi definido por coincidir, com o início dos registros institucionais acerca do aborto previsto em lei no serviço.

Entre os anos de 2013 a 2015 foram realizados aproximadamente 2705 atendimentos a mulheres em situações de violências em geral, sendo que, 1442 destas violências estavam relacionadas à violência sexual (53,3%). Destes atendimentos, 3,5% foram indicados para abortamento, no entanto, podendo o procedimento ter sido efetivado ou não, dado a questões intrínsecas às próprias mulheres ou ao protocolo no SAMWL¹³.

¹³ Durante o período de 2013-2015 ocorreram 2705 atendimentos no SAM, desses apenas 1442 (53,3%) representaram casos de violência sexual. Portanto a probabilidade de indicação ao aborto no período foi: Probabilidade de indicação = $\frac{50}{1442} \cdot 100 = 3,5\%$.

Quanto ao perfil das mulheres que efetivaram o aborto, a média de idade das que buscam o serviço para a efetivação do aborto legal é de 25 anos de idade, sendo que a mais jovem com 12 anos de idade e a mais velha com 41 anos de idade. 12,5% se auto declararam pretas; 41,5% se declararam morenas e 41,5% se auto declararam brancas. No que diz respeito ao estado civil, 86,0% informou serem solteiras e 14,0% casadas. No tocante à religião, 47,0% se denomina católica e 24,5% protestante; 10,2% não têm religião, as demais não souberam informar. Quanto à renda familiar do grupo de mulheres analisado na presente pesquisa, 41,0% recebe até um salário mínimo. A maioria das mulheres indicadas ao aborto é oriunda da cidade do Recife e da RMR (73,2%) e as demais são provenientes do interior do estado de Pernambuco.

Gráfico 15 – Perfil das Mulheres que buscam o abortamento



Fonte: Elaboração própria

Observa-se na tabela a seguir, que entre as mulheres vítimas de violência sexual, foram as estudantes que mais efetivaram o abortamento previsto em lei.

No que se refere à escolaridade das pacientes, quando observado por nível de escolaridade (analfabetas; com ensino fundamental completo ou incompleto; ensino médio completo ou incompleto, superior completo ou incompleto), isoladamente, foram as de nível fundamental incompleto, que efetivaram o aborto no serviço com maior frequência (24,4%).

No entanto, quando analisado, cuidadosamente, cada nível de escolaridade, considerando os ciclos de ensino completos, juntamente com os incompletos, foram as mulheres universitárias e as mulheres com nível superior completo, que com maior frequência buscaram o direito ao aborto legal sendo 39,1% dos casos. Ver tabela abaixo:

Tabela 3 - Escolaridade das mulheres que efetivaram aborto no serviço (2013 – 2015)

Nível de escolaridade	Percentagem
Analfabeta	2,4%
Ensino fundamental completo	7,3%
Ensino fundamental incompleto	24,4%
Ensino médio completo	19,5%
Ensino médio incompleto	7,3%
Ensino superior completo	17,1%
Ensino superior incompleto	22,0%
	100,0

Fonte: Elaboração própria

Este dado permite refletir acerca da relação do nível de escolaridade da mulher e a sua busca pela garantia de direitos. Mulheres com maiores níveis de escolaridade têm, maior acesso às informações, demonstrando maior implicação com o exercício do direito e de sua cidadania.

A maior parte dos agressores é desconhecida das vítimas (51,2%). No entanto, há um alto índice de indicações ao aborto de gestações provocadas por agressores conhecidos das pacientes (48,8%), sendo estes em sua maioria, namorados, companheiros e ex-companheiros.

Mesmo os agressores sendo conhecidos das mulheres, a equipe, na maioria das vezes, efetiva o procedimento, podendo indicar a ausência de pré-julgamentos, sendo estes comuns de ocorrer nos casos de mulheres que sofrem violências crônicas em suas relações "estáveis".

Entre os 50 prontuários clínicos estudados, nesta amostra, nove mulheres não efetivaram o aborto: 01 (menor de idade, com 13 anos, residente do interior, acompanhada da genitora) desistiu do procedimento sem dar satisfação ao serviço, em seu prontuário dizia que a gestação era proveniente de seu companheiro, o que sugere cumplicidade da genitora ou

responsável quanto ao estupro de vulnerável; 01 desistiu do procedimento médico em detrimento de sua religião, decidindo levar a gravidez à diante; 01 desistiu do procedimento já iniciado, alegando desejar dar continuidade sozinha em seu município de origem (no interior do estado de PE); 01 estava fora do tempo preconizado pelo Ministério da saúde (23 semanas de gestação), sendo orientada pela equipe da não possibilidade do aborto, mas foi disponibilizado o acompanhamento do pré-natal no serviço; 01 prontuário não era claro quanto à conclusão do procedimento. As outras quatro mulheres que procuraram o serviço evadiram sem dar satisfação, conforme informações extraídas dos prontuários.

Tentou-se contatar estas mulheres e/ou responsável, por várias vezes, em dias diferentes, mas sem nenhum sucesso. Muitas não mantiveram os contatos fornecidos à instituição. Alguns profissionais chegam a afirmar que as mesmas, em sua maioria, não retornam mais ao serviço, nem mesmo para realizar o acompanhamento sorológico dado à violência sexual ocorrida. Abaixo é apresentada opinião de profissional de saúde a respeito da descontinuidade do tratamento após abortamento:

Após o abortamento ela é orientada a voltar ao serviço para dar continuidade ao seguimento sorológico. Pra saber se adquiriu alguma patologia ou DST ou alguma coisa e é pra orientação de métodos contraceptivos, após a alta. Após a realização do procedimento ela é orientada a fazer o acompanhamento psicológico, mas infelizmente, eu acho que pouquíssimas aderem; infelizmente eu tenho uma impressão; eu não sei se eu estou errado, mas eu tenho uma impressão que a maioria das pacientes de aborto que vêm pra cá, elas única e exclusivamente, vêm só para o aborto. São pouca as que voltam para fazer o seguimento sorológico, poucas voltam. Eu peguei alguns casos recentes, que uma só voltou. (...) (Profissional de saúde 5).

Segundo o Ministério da Saúde, a mulher em situação de abortamento, em poucas situações, está preocupada com o risco de uma nova gravidez. Porém, o atendimento à mulher em situação de abortamento, só será completado se for possível realizar toda a orientação sobre anticoncepção e de oferta de métodos anticoncepcionais pós-abortamento (BRASIL, 2011). O fato das mulheres não se preocuparem com o risco de uma nova gestação pode ajudar a entender o porquê de as pacientes não retornem mais ao atendimento de saúde, no

entanto, este evento, necessita de pesquisas aprofundadas, junto às próprias pacientes, para seu melhor entendimento.

Durante as entrevistas com os profissionais de saúde e pacientes, alguns aspectos foram investigados a fim de avaliar como se dava o acesso ao direito de abortamento e à atenção integral no serviço em estudo.

Para isto foi solicitado aos profissionais que expusessem suas opiniões a respeito de um caso judicial verídico, abordando a temática do abortamento; como se dá o protocolo de atendimento à mulher gestante por violência sexual; quais os encaminhamentos pós-abortamento; o que entendem como atendimento integral às mulheres em situação de abortamento e quais sugestões para melhor efetivação de suas práticas diante deste contexto.

Quanto às pacientes, as entrevistas visavam conhecer onde obtiveram informações a respeito do direito ao aborto em casos de gestação por violência sexual; como souberam da existência do serviço em questão; suas avaliações a respeito do itinerário institucional e o atendimento profissional, desde a entrada no serviço até à interrupção da gestação e alta; como percebem o direito ao aborto no país e a descriminalização do mesmo; e por último se tinham algumas sugestões para o atendimento da mulher em situação de abortamento.

Os dois primeiros aspectos, acerca do conhecimento do direito e existência do serviço em questão, ajudaram na elucidação de como o tema do abortamento está sendo tratado no âmbito da atenção primária da rede de saúde e demais políticas públicas e ainda quanto à divulgação existente do serviço para as mulheres e sociedade em geral.

Para a análise deste conteúdo, foram consideradas; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 2004); a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (2011); o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1983) e normas técnicas que referem às situações de abortamento elaboradas pelo Ministério da Saúde, sendo estas a Norma Técnica Humanizada ao Abortamento, 2011 e a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (2005), além de bibliografia que referencia à problemática em questão.

Primeiramente, será apresentada a análise das entrevistas aos profissionais de saúde e em seguida a análise das entrevistas com as mulheres que tiveram indicação ao aborto.

6.15 Análise das entrevistas com os profissionais de saúde do Serviço de Apoio à Mulher

Quanto ao o protocolo para inserção da paciente no programa de abortamento, foi observado que os profissionais, nas suas respectivas categorias (medicina, enfermagem, serviço social e psicologia) de uma forma geral, têm apropriação técnica do itinerário institucional instituído pelo serviço e quais cuidados devem incluir em suas práticas, junto à mulher que necessita realizar o abortamento.

Porém, existem dúvidas e divergências entre alguns membros da equipe, em aspectos fundamentais nas normas técnicas de atendimento às mulheres em situação de abortamento, o que acaba fragilizando os atendimentos. Algumas destas divergências dizem respeito à idade gestacional para efetivação do procedimento; aos encaminhamentos pós-abortamento; às técnicas de esvaziamento uterino e ao fluxograma interno da instituição (protocolo).

Os relatos apresentam divergências no que diz respeito à idade gestacional para a efetivação do aborto e técnica de esvaziamento uterino, orientada pelo Ministério da Saúde:

(...) a partir da quantidade de semanas que ela esteja, vai ser submetida a três tipos de intervenção: o amiu (aspiração manual intrauterina); uma situação que é por medicação e alguns casos quando já não pode mais, ela vai direto para o processo cirúrgico (...) até 12 semanas ela faz amiu, passar de 12 semanas ela vai fazer a medicação e até 25 semanas ela vai fazer um método mais invasivo (Profissional de saúde 4).

A idade gestacional é até o limite de 20 semanas, a partir de 20 semanas não faz mais o procedimento (Profissional de saúde 1).

Sobre encaminhamentos pós-abortamento:

Eu acho muito solto o processo pós-aborto, porque no hospital pra fazer o aborto ela fica lá; e o médico depois do procedimento dela, se despede da mulher e tchau! É ofertado o serviço, mas não é um protocolo amarrado (Profissional de saúde 4).

(...) existe o retorno médico, mas não sei se tem busca ativa. Não sei. (Profissional de saúde 3).

Percepção de profissional de saúde quanto ao protocolo para o abortamento no serviço:

*A gente ainda aprende porque briga entre si pra saber o que fazer e o que não é. Pois ainda com um protocolo, **cada equipe faz do seu jeito**. Eu acho que o protocolo é muito fechado. Existe a questão que **nem os próprios profissionais entram num consenso**. Precisa de duas consultas ou não com a psicologia? Há falha da ultrassonografia? Existe a falha! Era necessário repetir a ultrasson ou aqui ou em outro lugar! A gente pode negar um aborto porque as datas não estão batendo, mas pode existir a falha do próprio exame* (Profissional de saúde 2).

No depoimento do profissional 4 quando se refere ao limite da idade gestacional para o abortamento, informa que "até 25 semanas ela vai fazer um método mais invasivo", no entanto, esta informação vai de encontro, com a própria Norma técnica de atenção humanizada ao abortamento (2011), que prevê "a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana e com produto da concepção pesando menos de 500g" (BRASIL, 2011, p.29). A Norma técnica explicita que a interrupção da gravidez por meio de microcirurgia ou micro-cesariana deve ser reservada para condições excepcionais.

As divergências apontam para a necessidade de melhoria na comunicação interna entre os profissionais do serviço e maior qualificação técnica a respeito das normas técnicas e política de atenção integral. A falta de uniformização das informações e encaminhamentos geram tensões e insegurança na equipe, podendo ser refletidas nos atendimentos às mulheres e/ou seus familiares. Entretanto, as fragilidades neste sentido, são percebidas pelos próprios profissionais que sugerem maior qualificação e supervisões dos casos clínicos.

Acho que o que falta pra equipe é reciclagem. Porque a gente lida com dor e sofrimento o tempo inteiro. Não só da parte do abortamento que talvez seja a maior dor pra mulher. Pois às vezes quer o abortamento por que foi de uma agressão, mas a religião dela não permite, a mãe dela não permite. O sofrimento é muito grande e a gente enquanto profissional participa disso e ver (Profissional de saúde 2).

A gente aprendeu a lidar com isso. Acho que a gente deveria ter o apoio de um profissional, de uma terapeuta que viesse aqui conversar porque também não é fácil. Eu tava ali no abortamento e o braço do menino pra fora (...) como é que eu vou ajudar se a gente também precisa de ajuda do outro lado e a gente não tem essa ajuda (Profissional de saúde 2).

Eu acho que deveria ter um profissional de saúde mental para os profissionais e que tivesse à disposição, porque assim: eu não percebo a preocupação com quem faz. A preocupação é sempre com a paciente, a usuária, lógico! Mas eu acho que devia ter também uma preocupação com quem faz também, porque não é fácil. É difícil! Você percebe uma tensão muito grande. Quando chega um caso sempre tem uma tensão e mobiliza todo mundo. Isso você percebe em várias pessoas aqui (Profissional de saúde 5).

Nesta direção, o Ministério da Saúde, 2011, enfatiza:

(...) envolver questões subjetivas de quem atende e quem é atendida, o tema do abortamento pressupõe sensibilização da equipe de saúde, visando à mudança de postura, de forma continuada. Nesse sentido, podem ajudar: discussões coletivas; supervisões clínicas; troca de preocupações; o confrontar de atitudes e convicções implícitas no atendimento, reuniões e oficinas de sensibilização e capacitação sobre sexualidade e práticas reprodutivas (BRASIL, 2011, p. 25)

O relato abaixo reitera as divergências existentes no serviço, além de demonstrar percepção de profissional a respeito da operacionalização do protocolo, diante da possibilidade de efetivação do aborto, pautadas em valores pessoais e morais.

(...) Tem algumas pessoas que se a mulher chegar aqui dizendo que foi estuprada por oito homens no meio da Agamenon Magalhães ao meio dia, ela acha que a mulher tá falando a verdade e tem que ser feito, ou seja, concorda sempre! Tem outras pessoas que sempre acham que a mulher está mentindo, se ela conta a mesma história sempre é porque ela programou a mesma história; se ela conta uma história que muda um pouquinho é porque ela está entrando em contradição. Ela sempre está mentindo! Tem um grupo que é sempre a favor, outro é sempre contra e tem aquele que fica em cima do muro, que fica meio pra cá, que fica meio pra lá. Eu tento perceber a qual grupo eu pertencço. Eu acho que eu pertencço

mais ao grupo em cima do muro e eu percebo assim. Eu percebo que quando eu compro a história da paciente eu reajo de uma forma melhor, enquanto eu não compro a história dela, aquilo muitas vezes não me faz muito bem. A única unanimidade aqui são as crianças. Quando chega criança aqui, todo mundo concorda. As adultas por incrível que pareça, eu nunca vi ser uma história comum, são sempre histórias bem complicadas, cheias de nuances, cheias de coisas, mas algumas, você compra mais a história e outras não. Eu não sei baseado em quê. É alguma coisa muito subjetiva, depende muito da hora que você está conversando (Profissional de saúde 5).

Promover aperfeiçoamento teórico e prático de maneira continuada, bem como treinamentos nos serviços, para os profissionais é uma entre as inúmeras ações previstas no PAISM deste o ano de 1984, numa perspectiva de fortalecer as ações de cuidados às mulheres em situação de violência e suas consequências. Segundo Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, 2011

(...) a equipe de saúde necessita refletir sobre a influência de suas convicções pessoais em sua prática profissional, para que dessa forma possa ter uma atitude destituída de julgamentos arbitrários e rotulações. Essa prática não é fácil, uma vez que muitos cursos de graduação e a formação em serviço não têm propiciado uma dissociação entre os valores individuais (morais, éticos, religiosos) e a prática profissional, muito pelo contrário, não preparam os profissionais para que possam lidar com os sentimentos, com a questão social, enfim, com elementos que vão além da prática biomédica (BRASIL, 2011, p. 24).

Durante as entrevistas foram observados momentos de tensão em alguns relatos, devido à existência de objeção de consciência, por parte de alguns profissionais da equipe.

*(...) a gente não teve os critérios para trabalhar no serviço. Tipo: você tem que ser a favor do aborto ou contra o aborto. Você não pode ter objeção de consciência. Não existia isso! Aqui tinha profissionais de todos os tipos, **inclusive com objeção forte de consciência, como até hoje tem*** (Profissional de saúde 2).

*Infelizmente, **ela vai lidar com uns funcionários que não são sensíveis ao aborto, desde à menina que faz a ficha até o anestesista, passando pelo médico, pela enfermeira do***

plantão, pela técnica. *É toda uma corrente de pessoas e que vez por outra você encontra uma pessoa ali que não é sensível ao problema dela* (Profissional de saúde 5).

É isso que eu escuto: Sobra pra mim! (se referindo à objeção de consciência de profissional no SAMWL) Porque chega lá em cima tem a questão de objeção de consciência da anestesista também. Eu que tenho que estar me indispondo com os colegas! (Profissional de saúde 4).

Segundo Diniz (2011), O médico pode alegar objeção de consciência diante de uma situação que necessite de interrupção da gestação nos casos previstos em lei, mas a negativa à realização do procedimento não pode ser feita por desconfiança quanto ao relato e/ou situação de estupro. A objeção de consciência deve ocorrer, nestes casos, estritamente por razões da vida moral privada do profissional, como é o caso das crenças religiosas. Não cabe a qualquer membro da equipe de saúde o julgamento sobre a narrativa do estupro (DINIZ, 2011).

A autora enfatiza ainda que o boletim de ocorrência policial não é necessário, pois há “presunção de veracidade na palavra da mulher”¹⁴. Quando existe a objeção de consciência, o médico solicita a recusa em cumprir com seu dever, devendo a mulher ser atendida por outro médico ou encaminhada a outro serviço, apenas em casos extremos ficará sem assistência (DINIZ, 2011).

As normas técnicas do Ministério da Saúde que tratam do abortamento são claras, em não admitir danos físicos ou mentais por omissão médica, podendo o profissional responder civil e criminalmente, de acordo o Código Penal, art. 13 e § 2º. Quando o profissional de medicina se recusa a prestar tal serviço, por objeção de consciência é obrigação de a instituição disponibilizar a interrupção da gestação nos casos previstos em lei.

O Ministério da saúde, através de norma técnica, explicita que, a escuta livre de julgamentos diante dos casos de abortamento é obrigatória à prática profissional daqueles que lidam com a situação de abortamento, devendo inclusive, o profissional estar sensível a este difícil momento para paciente (BRASIL, 2011).

¹⁴ De acordo com a norma técnica de Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, 2005.

O acolhimento/atendimento humanizado deve ser mais que um passo no itinerário institucional, o acolhimento não é sinônimo de porta de entrada, nem de coleta de dados cadastrais e histórico da mulher. Deve ser uma prática humanizada, educativa que deverá refletir a qualidade da relação entre profissional de saúde e paciente, numa perspectiva de construção de um novo modelo de atendimento cotidiano (BRASIL, 2011).

Apesar da presença da objeção de consciência de alguns profissionais, a maioria da equipe de saúde no SAMWL, tenta vencer os impasses existentes, a fim de garantir o direito ao aborto, assim efetivando o procedimento.

Se você começar a pensar aonde começa a vida você não aborta ninguém. (Profissional de saúde 2).

Eu sou contra o aborto, mas em se tratando em caso de estupro, se colocando no lugar da paciente, pensando se fosse uma filha minha, ou uma parente minha, aí nesses casos eu sou a favor e faço o procedimento (Profissional de saúde 6).

(...) eu tenho a mulher como perspectiva primeira. Ela que tá viva. Ela que é adulta. Ela que tem uma vida já. Dada existindo! (Profissional de saúde 3).

É muita responsabilidade pra mulher. Eu não sei te dizer. Eu não tenho uma ideia formada se eu sou a favor em qualquer situação que a mulher possa abortar, mas ultimamente eu tenho sido tão tocado com algumas coisas... (Profissional de saúde 4).

Eu acho correto a mulher fazer o aborto, principalmente em casos de violência sexual. Acho que isso é um direito dela - violência sexual; má formação incompatível com a vida e incesto. Eu ainda não tenho uma opinião formada sobre o aborto, em outras situações. O aborto pelo aborto, ou em gravidez indesejada. Eu não tenho ainda uma opinião formada sobre isso, mas sobre as situações que a lei brasileira permite, eu sou a favor (Profissional de saúde 5).

Frente aos encaminhamentos realizados, pós-abortamento, a maioria dos profissionais relata que as pacientes são informadas quanta à necessidade do retorno para o acompanhamento sorológico das infecções sexualmente transmissíveis. Apenas um profissional, menciona a necessidade da paciente sobre os métodos contraceptivos e os encaminhamentos necessários.

(...) se o abortamento foi completo ela vai ficar retornando para acompanhamento, respeitando aquelas datas de acordo com o momento da agressão. Se ela chega aqui, por exemplo, hoje, que é mais ou menos 2 meses, então o retorno dela vai ser, 3 meses, 6 meses e 8 meses. Mais para fazer exames laboratoriais, agora dependendo da situação psicossocial da paciente a gente pode fazer encaminhamentos na rede de referência (Profissional de saúde 1).

(...) Ela vai ser encaminhada como qualquer outra mulher vítima de agressão (...) pra ver a questão das doenças sexualmente transmissíveis por questão da janela imunológica. (Profissional de saúde 2).

Não existe isso organizado. Elas voltam para o médico, mas não voltam pra mim. Algumas eu tenho o contato e acabo ligando pra saber se ela está bem. Outras eu penso que ela quer distância daqui, ela quer esquecer que viveu isso (...) (Profissional de saúde 3).

Isso é uma boa pergunta, porque tá aí uma pergunta que eu acrescento na outra. Eu acho muito solto o processo pós- aborto (Profissional de saúde 4).

Após o abortamento ela é orientada a voltar ao serviço para dar continuidade ao seguimento sorológico. Pra saber se adquiriu alguma patologia ou DST ou alguma coisa que é pra orientação de métodos contraceptivos, após a alta (Profissional de saúde 5).

Eu acho que o encaminhamento é interno. Faz ultrassonografia, tem exames. Quando precisa que é uma coisa extra, a gente já utilizou o CISAM, mas isso ocorreu há muitos anos (Profissional de saúde 7).

No que diz respeito às orientações pós-abortamento, a OMS, através da norma técnica (2011) do Ministério da Saúde, explicita que o ciclo de tratamento pós-abortamento somente é efetivado quando, os serviços de saúde são capazes de orientar e disponibilizar os métodos contraceptivos à mulher, a fim de evitar novas gestações, mesmo nos casos de estupro.

As orientações ofertadas pelo SAMWL se mostram pontuais e voltadas para encaminhamentos internos no próprio serviço. Sobre esta questão, a Política Nacional de Enfrentamento a Violência Contra as Mulheres, 2011, enfatiza que os serviços de saúde costumam trabalhar isoladamente, contudo, a violência contra a mulher é um fenômeno

complexo e necessita de intervenções em rede, com os diversos setores: educação, saúde, segurança, assistência, entre outros.

Durante as entrevistas os profissionais relatam pouco compreender a respeito da evasão das mulheres após a realização do abortamento. Quanto a esta questão o Ministério da saúde, pontua que durante a situação de abortamento, as mulheres, geralmente, não estão preocupadas com gestações futuras, no entanto, "o risco de ter um novo abortamento é maior entre as mulheres que já tiveram um abortamento, e aumenta com o número de abortamentos anteriores" (BRASIL, 2011, p 41).

Quando questionados sobre quais suas expectativas para a realização de atendimento que garanta atenção integral, principal eixo de análise do estudo, a maioria dos profissionais de saúde apresentou relatos incipientes como, por exemplo, que a "mulher deve mudar de emprego ou setor de trabalho para que não seja constrangida pela violência sofrida"; que deve ser construída "uma espécie de cidade", onde a mulher teria ao seu dispor toda a rede de apoio, de acordo com os encaminhamentos dados pelo serviço; que atendimento integral é dar capacitação também aos profissionais; que o atendimento para ser integral deve continuar nos moldes do serviço atual, sobretudo por questões financeiras; que o atendimento integral diz respeito a "um serviço avaliado pelas pacientes". Dois profissionais mencionaram que o atendimento integral deve ocorrer de acordo com a necessidade da paciente e apenas um acrescentou que a necessidade da paciente deve ser articulada com a rede assistencial.

Salienta-se que o espaço físico onde possa estar localizada a rede de apoio, é de fato, um facilitador para algumas mulheres, em seus deslocamentos, porém isto não é determinante para que ingressem nestes dispositivos de cuidados e/ou ajuda, seja visando sua reestruturação física, emocional, social e até mesmo nas áreas do direito.

É necessário amadurecer junto à mulher e à rede de apoio institucional e/ou pessoas de sua referência, quais alternativas e possibilidades podem ser construídas para minimizar os riscos de sofrer novas violências e até mesmo outros abortamentos. A mulher precisa ser fortalecida pela equipe, que será facilitadora no resgate de sua autoestima, a fim de que possa

construir estratégias para a busca de seus direitos, garantindo o exercício pleno da cidadania. Segundo Pinheiro (2009),¹⁵

A integralidade, como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade (PINHEIRO, 2009, s/p.).

Um dos profissionais argumenta que a atenção integral deve ser baseada nas ações oferecidas pelo SAMWL, embora que não explicita quais ações contemplam a atenção integral à saúde das mulheres. Pontua ainda, que o serviço deve continuar sendo a única referência estadual, justificando acerca da questão financeira, visto que a ampliação do serviço em outras regiões seria onerosa para o estado.

Berer (2013), em seu texto, "Repolitizando a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos" propõe a seguinte reflexão: "O dinheiro está realmente em falta ou será que as portas para os recursos destinados a certos temas estão se fechando por razões políticas?" Reitera ainda, que "a ampla assistência à saúde sexual e reprodutiva é um componente integral" (BERER, 2013, p. 14).

O autor discute em seu texto que os financiamentos costumam ser muito baixos para a realização de efetivas ações na área dos direitos sexuais e reprodutivos. Afirma que há dinheiro suficiente na economia mundial e na economia nacional de diversos países de baixa e média renda para arcar com custos neste sentido. Refere que a luta pelo completo reconhecimento desses direitos é desafiadora, especialmente no tocante ao aborto, que considera que nunca será um processo linear, sendo necessário construir novas maneiras de engajamento e novos esforços.

Salienta-se que as ativistas de saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos estão percebendo que as ações em direitos humanos, assim como suas próprias ações, podem

¹⁵ Ver: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>

ganhar força ao se tornarem parte de um movimento maior pela justiça social e pelos direitos econômicos, não esquecendo os direitos políticos (BERER, 2013).

A seguir são apresentados trechos das falas dos profissionais de saúde a respeito de suas perspectivas acerca da atenção integral:

(...) que isto aí também fosse estendido à família dela, pai, mãe, pra ver a ação disso também. Porque não é pouca mulher que diz assim: puxa fui violentada e meu marido me deixou, ou então dizem: ele disse que eu dei porque eu quis, que eu fiz o sexo com o agressor porque eu quis, que eu podia ter gritado, que eu podia ter me defendido, que eu podia ter feito alguma coisa (...) tinha que existir isso também a integração dessa família na recuperação dessa mulher. Não é só da mulher que chega aqui, faz o abortamento, tira o menino e vai embora! Teria que ter um acompanhamento mais profundo (...) se ela trabalha numa determinada firma, tem outro setor? Num outro lugar? Pois os amigos vão acabar sabendo e até na escola né? (Profissional de saúde 1).

Pelo que entendi quando você fala do atendimento integral é também olhar o profissional? Sim a gente vem melhorando esse atendimento integral, mas a gente tem os nossos limites por ser humano (Profissional de saúde 2).

Agora é pra sonhar? (ri) Silêncio... Da entrada ela tinha que ter uma escuta e uma conversa com mulheres que defendessem os direitos das mulheres, de cara ela tem que se sentir num lugar que acolhe ela de verdade e assim: ela poderia a partir disso ir se sentindo à vontade para dizer o que ela tá sofrendo e o que ela tá vivendo. Se a gente não tivesse uma lei que ela é restritiva e a gente pudesse fazer de fato o que é o desejo e a vontade da mulher, tudo poderia ser bem mais fácil e mais simples. A gente só precisaria saber se aquilo é realmente o que ela quer mesmo, se ela tá em paz com aquilo (Profissional de saúde 3).

(...) que o hospital atendesse essa mulher realmente dentro de suas necessidades. Acolhessem sem julgamento, antes, durante e depois e não dessa forma que está. Pelo menos a experiência que eu vivo. São serviços divididos. Você tem a maternidade, você tem a emergência e você tem o "SAM" (se referindo ao serviço de apoio à mulher). (...) quando a mulher chega, pra poder gerar um protocolo de produtividade, a mulher tem que ir para a emergência. Aí veja se eu tô vendo essa mulher de forma integral? (...) ela chega no serviço

tem um acolhimento, atendimento e aí identifica a situação para aborto. Aí essa mulher vai ser internada na maternidade, sendo que quem assina o internamento é um médico do SAM que não é da maternidade. Aí ele interna a paciente que quando faz todo o processo pré-operatório no SAM, ela vai pra maternidade ser anestesiada por um médico da maternidade que não sabe nada do caso (...) ela vai pra maternidade ser assistida por profissionais que não sabem da situação dela e que colocam ela junto com outras mulheres que acabaram de parir, com mulheres que estão super felizes no mundo e ela, a pior das bandidas, das lascadas, porque fez a m.... do aborto! Acabou isso tudo, essa mulher vai pra casa! Deveria ser feito uma integração desse atendimento e ser feito pelo hospital Agamenon, porque tem profissional do hospital Agamenon Magalhães que não sabe nem que existe o SAM. O SAM tá tão fora dos parâmetros do hospital que fica parecendo uma seita, um clã, uma coisa que tem suas próprias regras (...) É um esconderijo. A própria rede não capacita sua rede. Uma vez eu tava conversando com um policial que disse assim: oxe! Foi o delegado que disse que tinha isso aqui. Quando a gente está falando de integralidade é a rede completa vendo essa mulher de forma integral (Profissional de saúde 4).

Eu acho que tem que ter, eu acho que é mais ou menos nos moldes daqui, eu acho que tem que ser centralizado. Eu acho que não adianta a utopia de querer vários centros, talvez tenha que ter assim, na região metropolitana, em caruru outro em Petrolina, talvez no sertão; mas não adianta a utopia de ter vários destes em vários locais. Não vai conseguir. Tem que centralizar também por conta dos recursos do estado. Tudo isso custa dinheiro (Profissional de saúde 5).

(...) o serviço aqui é de excelência. A gente tá com dificuldades, porque agora a equipe não está completa, mas a maioria das mulheres elogia o atendimento. Acho que uma coisa que poderia ser feito aqui é uma pesquisa de satisfação do cliente; o que você acha do serviço, se você indicaria para alguém. A gente nunca fez esse tipo de pesquisa aqui (Profissional de saúde 6).

O certo mesmo, o ideal era ter um centro onde a gente pudesse dispor de tudo como já é sonhado e preconizado em outros estados (...) mas é que houve como se fosse uma pequena cidade com atendimento de saúde, que tivesse o IML aqui, a defensorias públicas, as

promotorias, tudo próximo. Num precisava ser no mesmo espaço físico, mas bem próximo, como por exemplo, no mesmo bairro (...) mas para esse atendimento ser integral, a gente sabe que tem mulheres numa condição muito vulnerável, era preciso envolver até a educação também, educação profissionalizante, trabalhos para resgatar a autoestima da mulher, para que ela possa acreditar que pode sair disso. Acredito que falta muito, às políticas faltas prevê, de fato, a coisa é bonita no papel, mas assim: Quem executa essas políticas? A política, junto às mulheres, pensa e formula algumas coisas aí põe pra executar. Mas depois precisa ver na execução se tá sendo realmente. O que precisa melhorar? Acho que falta o diálogo entre quem executa e quem pensa (Profissional de saúde 7).

Quando diante da temática da descriminalização do aborto, aludida no caso Roe, durante a entrevista, as opiniões dos profissionais apresentaram-se divididas entre os que concordam com as situações de abortamento previstas em lei e àqueles que afirmam não ter opinião definida sobre a questão.

Todavia, independente das opiniões pessoais, a maior parte da equipe, declara que procura conceber a possibilidade do abortamento e garantir o direito da mulher, embora que afirmem duvidar da maioria de seus relatos de violência sexual.

É muito complicado isso. A gente passa muito isso por aqui né? Tenta se desvencilhar o máximo que pode, do que é verdade e o que é mentira, diante do relato da mulher e eu absorvo. Estou falando uma coisa minha. A verdade é dela e não é minha. Eu to fazendo aqui o que a lei me garante, que é ajudar ao aborto nos casos de agressão sexual, então se futuramente ela voltar atrás e disser que não foi um estupro. Aí é ela, com a justiça e ela com Deus. Eu fiz a minha parte (Profissional 2).

(...) mesmo nas mulheres que eu não compro a história eu tento apagar a minha mente e pensar da seguinte maneira: ela tá mentindo, mas é ela que tá mentindo. Eu não tenho nada haver com isto. Eu to aqui para garantir o direito da mulher. Aí eu fico com medo de tá julgando as mulheres e dessa forma terminar julgando quem realmente precisa (Profissional de saúde 5).

Por fim, durante as entrevistas, os profissionais entrevistados referem que lidar com os casos de violência sexual e abortamento sensibiliza a equipe, dado a complexidade das

situações, sobretudo porque precisam desenvolver atitudes destituídas de julgamentos arbitrários e rotulações.

A seguir é apresentada a análise das entrevistas realizadas com as mulheres que buscaram atendimento no SAMWL, para a realização do abortamento previsto em lei, dadas as gestações por violência sexual.

6.16 Análise das entrevistas com as pacientes indicadas para o aborto legal no Serviço de Apoio à Mulher

Foram entrevistadas quatro pacientes atendidas pelo serviço e que se submeteram ao abortamento previsto em lei, mediante gestações oriundas de violência sexual. Elas se disponibilizaram voluntariamente a relatar suas experiências durante o abortamento na instituição de saúde em questão. As entrevistas foram realizadas individualmente, após os devidos esclarecimentos e assinatura do TCLE.

Quanto à descrição do perfil das pacientes; a paciente 1, tem 17 anos de idade, cursou o ensino médio completo, se declarou católica, não sabendo informar a renda familiar, é residente do município de Jaboatão dos Guararapes. Essa adolescente foi violentada por agressor desconhecido.

A paciente 2, possui 24 anos de idade, é universitária, informou não possuir religião, mas se declarou cristã, a renda familiar é em torno de 3 a 4 salários mínimos, sendo residente da cidade do Recife, tendo sido violentada por desconhecido.

A paciente 3, tem 33 anos de idade, não tendo concluído o ensino fundamental, informou não ter religião, mas acreditar em Deus, declarou renda familiar inferior a um salário mínimo, residente no interior do estado de Pernambuco e a agressão sexual ocorreu por desconhecido.

A paciente 4 tem 37 anos de idade, possui ensino médio completo, se declarou católica, a renda familiar é de 2 a 3 salários mínimos, sendo residente do município de São Lourenço da Mata, o autor da agressão foi desconhecido.

Segundo Wu et. al. (2014), entre os avaliadores não governamentais, os mais importantes são os usuários do serviço, que têm a experiência em primeira mão de como o programa está funcionando na prática. Neste sentido, foram analisados junto às mulheres aspectos relacionados ao atendimento integral ofertado pela instituição diante da situação de abortamento. As mulheres relataram suas experiências quanto ao itinerário terapêutico percorrido no serviço, e o acolhimento da equipe multiprofissional, seus conhecimentos acerca do direito ao aborto legal e o conhecimento da existência do serviço de referência e por fim, suas sugestões para a implementação do serviço.

Durante as entrevistas se constatou que nenhuma das mulheres sabia da existência do direito ao aborto legal e da existência do serviço de referência. Todas afirmaram ter buscado ajuda, somente após desconfiar ou constatar a gestação, originada da agressão sexual.

Relatam que as informações referentes aos cuidados e tratamentos frente à violência sexual são divulgadas de maneira insuficiente na rede de saúde e ainda, através dos meios de comunicação. Três das pacientes entrevistadas informaram ter tido acesso à informação sobre o aborto e o serviço de referência na rede de saúde, após terem buscado atendimento médico. Apenas uma entrevistada diz ter buscado informações utilizando a internet.

Primeiro fui pra GPCA e da GPCA, para o IML e do IML, mandou um ofício para o IMIP, só que lá tava muito cheio, aí ela me mandou aqui porque era uma lugar apropriado para essas coisas assim, e lá já tinha muita gente (Paciente 1).

Comecei a pesquisar. Porque até então era só a violência. Eu não sabia que existia um órgão que cuidava de mulheres vítimas de violência (...) Foi pela internet, pesquisando no Google. Eu botei violência sexual e aí eu conheci várias coisas e entrei em vários sites. Aí entrei em um de São Paulo que acolhia, também eu descobri que tem um processo de que quando você sofre a violência você tem que procurar tomar coquetel, várias coisas e eu não sabia disso! (Paciente 2).

(...) fui na rede de saúde pública e fui fazer o teste de "Beta". Aí quando eu peguei o resultado eu falei pra enfermeira que disse que deu positivo e eu tive que me abrir com ela pra explicar (Paciente 3).

No Hapvida. Ele me explicou e disse que tinha uma pessoa que ia estar lá me esperando. Ele já foi de lá disse que deixou porque não aguentava tanto caso que chegava; que de certa forma ficou sem condições de trabalhar lá. Ele disse que não era um serviço para todo mundo (Paciente 4).

A partir dos relatos acima, se confirma a hipótese de que a falta de informação, diante da violência sexual, por parte das mulheres e da sociedade em geral, dificulta o acesso à profilaxia medicamentosa em tempo hábil, como também, são escassas as informações sobre o direito ao tratamento da gestação por agressão sexual.

Nesta direção, a OMS, 2011, explana que os investimentos nas ações preventivas geram custos muito mais baixos se comparados aos gastos relacionados aos agravos da violência sexual. Especificamente, sobre o aborto, esclarece que os valores financeiros para incorporar o atendimento ao abortamento seguro, aos serviços sanitários existentes, são baixos em comparação aos gastos que recaem no sistema de saúde para o tratamento das complicações decorrentes de um aborto inseguro.

Após a violência sexual, todas as pacientes entrevistadas relataram sentimentos de vergonha, medo e fortes sentimentos de angústia. Explicitam que estes sentimentos as impedem de tomar iniciativas de cuidados relacionados à saúde ou aos mecanismos de denúncia e defesa. Uma das pacientes relata conflitos em seus valores pessoais. Estes aspectos acabam também retardando a procura de serviço especializado para o abortamento.

Vergonha! Muita vergonha! Eu estava me sentindo muito suja. Aí é difícil (se emociona). Eu não consegui enfrentar. Eu ficava mais preocupada com o que o povo ia falar e também vergonha em casa, de chegar para falar como é que foi (...). Não comia direito, não fazia as coisas. Eu não tinha ânimo para nada. Aí eu fui ficando amarela, amarela e aí me levou na consulta médica normal e o médico disse que eu estava grávida. Aí eu fiquei desesperada e a gente foi conversando e eu disse e aí a gente procurou um advogado e ele disse (Paciente 1).

(...) peguei o telefone e liguei, mas não foi assim! Peguei o telefone e fiquei uma semana refletindo os meus princípios, veio o princípio humano de que eu sofri algo que eu não pedi pra sofrer (Paciente 2).

Eu tomei um monte de remédio, aliás, eu tomei um monte de remédio que eu não sabia nem que remédio era. Eu tentei me matar (...). Mesmo sabendo das meninas. A lembrança da violência e saber que dentro de mim tinha uma vida, que só Deus sabe de quem seria, porque eu não conheço (Paciente 3).

O estudo considerou, ainda, para a análise da política pública, o itinerário terapêutico percorrido pelas pacientes, ao se submeterem ao abortamento, visto que a efetivação do atendimento integral na política de atenção à saúde da mulher, não pode ser limitada apenas ao procedimento de esvaziamento uterino, mas também, deve ser garantido a atenção e os cuidados interpessoais necessários, durante o tratamento da mulher em situação de abortamento.

Quanto a este aspecto, o Ministério da Saúde vem ratificando a cada reedição das normas técnicas, a necessidade de posturas de acolhimento mais humana por parte dos profissionais de saúde no tratamento do abortamento (BRASIL, 2011).

A Organização Mundial de Saúde - OMS (2013), traz aspectos relevantes no trato interpessoal e nos procedimentos que devem ser garantidos enquanto direitos da mulher, sendo estes; a celeridade na efetivação do aborto legal; a realização de escutas livres de julgamentos, devendo a escuta ser criteriosa para a definição da idade gestacional e do método de esvaziamento uterino, e não para verificar a veracidade do relato da mulher. A OMS enfatiza ainda, que o profissional que lida com esta demanda deve estar capacitado, em todos os aspectos para a função.

Nesta perspectiva de atenção integral, abaixo são apresentados trechos da entrevista realizada com a paciente 3, que apesar de ter efetivado o aborto no serviço de apoio à mulher, demonstra que algumas importantes questões ainda devem ser cuidadas pela equipe multidisciplinar e os demais setores de políticas públicas.

Trecho 1: No começo a médica falou dos direitos que eu tinha só que eu tinha que pensar bem, porque eu corria risco de vida e dependia muito da religião das pessoas. Ela disse lá um monte de coisas que eu não consigo lembrar (...)

Trecho 2: (...) na primeira entrevista eu me senti muito insegura. No segundo dia já foi com outra. Mas a segunda não falo das coisas que a primeira médica tinha me falado

quando fui atendida. A primeira meio que duvidou das coisas que eu falei, assim, pelo pouco do estudo que eu tenho, mas pelo que eu entendi ela quis duvidar. A gente percebe. Ela quis duvidar entendeu? Ela ficou falando que era difícil engravidar porque como a minha menstruação desceu dia primeiro e o caso aconteceu dia cinco ou dia seis, parece. Aí ficou colocando um monte de coisas que eu não entendo. Na verdade, eu não entendo. Mas aí eu não desisti. Continuei vindo e graças a Deus to aqui.

Trecho 3: Acho que foram umas cinco vezes com esta. A ultrassom estava marcada para o dia três de fevereiro aí eles não conseguiram entrar em contato comigo. Não sei o porquê, mas não conseguiram.

Trecho 4: (...) disse: eu vou lá tentar! Pois a psicóloga que me atendeu (em seu município) ligou pra cá e disse: Não! Você vai que não precisa marcar. Aí eu vim aqui e elas me explicaram que tentaram ligar várias vezes e não conseguiram e me levou para fazer a ultrassom. Aí quando eu fiz eu acho que eu estava com umas 15 semanas, já.

Trecho 5: Eu acho que porque, no momento ela duvidou e eu acho que pelo exame, pela ultrassom que foi feito e pelo que eu falei, eu acho que ela acabou ligando alguma coisa que eu não entendo mas, ela terminou assinando.

Trecho 6: (...) Olha assim, de acolhimento eu fui bem acolhida, não me trataram mal, me atenderam super bem, assim, só a médica que teve um pouquinho de dúvida, mas ela disse que precisava conversar com outros médicos da equipe, sei lá; que era junto e acabaram consentindo. Mas eu não tenho o que dizer, porque eu não conheço muito entendeu. Eu não sei.

No primeiro trecho do relato, a paciente parece ter sofrido intimidação por parte da profissional de medicina que a atendeu, visto que enfatizou durante o atendimento, que o abortamento poderia trazer possível desconforto religioso para a paciente e risco de vida iminente, ao invés de, apresentar apenas os riscos mediante os procedimentos. Salienta-se que de acordo com a OMS (2013) nos países desenvolvidos, onde o aborto foi descriminalizado, o risco de vida das mulheres que decidem pelo abortamento seguro é de 0,7%.

No trecho 2 a paciente relata que se sentiu insegura diante das colocações da médica em questão, e que inclusive se sentiu duvidada por ela, ao relatar o dia ocorrido da violência

sexual. No entanto, a paciente enfatiza que não desistiu do procedimento. A persistência da paciente parece estar relacionada à orientação e apoio recebido por profissionais da rede de saúde em seu município de origem, como pode ser visto no trecho 4.

Nos trechos 3 e 4 nota-se que após admissão no serviço, a paciente leva aproximadamente quinze dias para realizar o procedimento. Salienta-se que esta mulher é residente de um município localizado a seis horas de distância da cidade do Recife e relata ter buscado o serviço por cinco vezes, em dias diferentes, para realização de exames e atendimentos clínicos. O percurso clínico desta paciente, demonstra a urgente necessidade de revisão do itinerário terapêutico para o abortamento no serviço, visando à otimização do tempo transcorrido até a efetivação do procedimento, como preveem as normas nacionais, sobretudo, junto às mulheres que moram no interior do estado.

A morosidade no atendimento seja por questões intrínsecas aos profissionais de saúde e pacientes, ou por questões concernentes à infraestrutura disponibilizada pelos diversos setores para a garantia do direito ao aborto, aumenta o risco de abortamento inseguro entre as mulheres, como também potencializa o adoecimento psíquico, podendo levar estas mulheres à depressão e inclusive ao desejo de morte, por não conseguirem suportar os sentimentos suscitados após a violência sexual e consequente gestação.

(...) Eu tentei me matar! ia tentar novamente, porque o que eu só tinha na minha cabeça era isso. Mesmo sabendo das meninas. A lembrança da violência e saber que dentro de mim tinha uma vida que só Deus sabe de quem seria, porque eu não conheço (Paciente 3).

(...) Eu quero morrer - Pensei várias vezes me joga na frente de um carro e me mato? Me afogo? Enfim... Mas eu tenho meu filho (Paciente 2).

No trecho 6, a paciente 3 relata ter sido bem acolhida pela equipe, embora que lembre da situação de constrangimento sofrida inicialmente. Para uma paciente como esta, de baixa escolaridade e renda, oriunda de cidade do interior e com pouca ou quase nenhuma informação sobre seus direitos é comum que não perceba os mecanismos de resistência à política.

Entre as mulheres entrevistadas foi possível investigar quais eram seus posicionamentos diante dos abortamentos efetivados por elas e como percebiam o direito ao aborto no Brasil.

Apesar do sofrimento vivenciado, a partir de gravidezes indesejadas, informam que não são a favor da descriminalização do aborto no Brasil.

É melhor assim nesses casos, um negócio que é uma violência que a pessoa nem tá bem da cabeça, não tem nem condições. Eu preferia que fosse assim (se referindo a permanência do aborto nos casos previstos em lei) (Paciente 1).

Não sei. Acho que tudo depende da situação. Eu fui procurar porque sofri uma violência, mas a gente só sabe quando a gente passa (...). Existem pessoas que são irresponsáveis que têm ali a proteção da camisinha e se nada disso funcionar é porque ela tinha que vim, mas se ela não tem nenhuma condição isso vai depender dela do que ela está passando. Pois só ela sabe onde o sapato está apertando, mas eu acho que deveria também não ter algo assim aberto. Tá me entendendo? Algo assim de controle. Que pudesse ter um controle, um argumento legal. Aí eu acho que deveria usar as formas dos argumentos (Paciente 2).

(...) tem casos de mulheres, por lá mesmo, que têm seu marido e engravidam e querem tirar, aí isso também não é certo. Eu acho que isso aí também não deveria. Só nesses casos mais graves. Porque você ter seu marido, engravidar e querer tirar eu acho também que não é justo (Paciente 3).

Não! Acho que não! Acho que vida é vida! Eu sou contra. Não sou a favor (Paciente 4).

A partir das falas nota-se que as próprias mulheres reforçam entre si o controle de seus corpos, através de pré-julgamentos, que fortalecem o estigma vinculado ao aborto na sociedade, aumentando a possibilidade de abortos inseguros.

No que diz respeito às sugestões ao serviço, foi citado maior divulgação, através dos meios de comunicação, incluindo a internet, como também, a descentralização de serviço, a fim de facilitar o acesso para todas as mulheres nas diversas localidades.

Acho que deveria ter mais divulgação nas mídias. Você pode não ter TV dentro de casa, mas você tem um celular ou um smartphone que tenha internet (Paciente 2).

Eu acho que deveriam descentralizar ele. Sei lá em outros hospitais. Exemplo, lá ser uma sede e ter outras filiais do Wilma Lessa (Paciente 2).

7 DISCUSSÃO

Avaliar serviços e programas, no âmbito das políticas públicas, não é uma tarefa simples, principalmente diante das incongruências que muitas vezes, são encontradas, entre os objetivos traçados para a implementação da política e a maneira que está sendo executada, portanto, gerando resultados diferentes aos esperados quando a política foi formulada. Os resultados, por sua vez, estão diretamente relacionados aos impactos e feitos na política pública.

Quando os resultados são desfavoráveis por divergirem do que foi formulado para a política é preciso decidir pela reprogramação das atividades em determinado momento. Esta dinâmica faz parte das ações previstas em avaliação de políticas públicas, contudo, vale ressaltar que, nem toda a avaliação sugere mudanças radicais ou a extinção do programa ou serviço, mas talvez, o redirecionamento para melhor adequação das ações voltadas ao público assistido.

A análise dos dados possibilita a avaliação de políticas públicas, em diferentes contextos da atenção integral à mulher em situação de violência. Todavia, a discussão irá priorizar acerca das hipóteses levantadas no estudo, frente à efetivação da atenção integral à saúde das mulheres em situação de abortamento, no serviço de referência.

Visto que o conceito de atenção integral à saúde é o ponto de partida para a avaliação da efetividade da política pública de atenção integral à saúde da mulher, perpassando por todas as hipóteses levantadas no estudo, cabe lembrá-lo enquanto princípio e diretriz fundamental no SUS e na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

No SUS, a atenção integral perpassa por todas as ações de cuidados, devendo os profissionais atender a demanda de acordo com as necessidades de quem solicita ajuda, sendo preciso para isto, construir e firmar parcerias com a rede de assistência. Na PNAISM (2004) acrescenta-se ao conceito de atenção integral, proposto pelo SUS, os conceitos de qualidade e humanização no acolhimento e tratamento das questões relacionadas à população feminina. Na PNAISM, a humanização preconiza constante reflexão e desconstrução de valores

peçoais, a fim de garantir a assistência de acordo com a realidade e as necessidades das mulheres.

Desta forma, a atenção integral à saúde das mulheres em situação de abortamento prevê práticas multidisciplinares e intersetoriais, que vão além das questões biomédicas. Trata-se de uma ação terapêutica biopsicossocial que sugere rede de apoio articulada, enquanto sistema, de maneira adequada e eficaz, pautadas em relações de proximidade, confiança, livres de julgamentos, entre quem cuida e quem é cuidado.

São sumariamente ações de humanização previstas na PNAISM; a garantia de acesso à população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência à saúde; a garantia de estrutura e organização de rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra-referência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e do acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada; assegurar à mulher sua participação nos processos de decisão ao tratamento; capacitação técnica dos profissionais de saúde dos serviços envolvidos nas ações de saúde, para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado, e práticas educativas voltadas às beneficiárias dos serviços; estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde e estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços, ambos com a participação das mulheres; análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessário.

Portanto, a avaliação da efetivação da política de atenção integral à saúde da mulher foi realizada sob a ótica da atenção humanizada, apresentada nos mecanismos de garantia de direitos expostos acima (SUS e PNAISM), e ainda reiterados na Norma Técnica Humanizada ao Abortamento (NTHA).

A Norma Técnica Humanizada ao Abortamento enfatiza o atendimento integral à saúde da mulher devendo ocorrer de maneira humanizada, garantindo segurança e dignidade, frente as situações de abortamento. A necessidade de construção de uma norma técnica que

trate da humanização do atendimento à mulher em situação de abortamento por si só já é significativa, apontando a urgente relevância do tema.

A análise ocorreu durante o processo de implementação do serviço, estando a avaliadora, no momento, numa posição externa ao objeto avaliado. Foram formulados juízos a partir de hipóteses que seriam ou não refutadas, a respeito da operacionalização da política diante das situações de abortamento.

As hipóteses apresentadas sugeriram; 1) que valores intrínsecos aos profissionais de saúde e às pacientes atendidas no SAMWL afetavam a política pública de atenção integral à saúde das mulheres; 2) que a falta de apropriação teórico-políticas dos profissionais de saúde sobre as normas e políticas públicas que embasam o atendimento à mulher, fragilizam a efetividade da atenção integral, enquanto parte fundamental de políticas públicas de saúde; 3) que o desconhecimento, por parte das pacientes, sobre seus direitos também dificulta a efetivação da política pública.

Inicialmente, acreditava-se que as taxas de efetivação do aborto (TXE) e não efetivação do aborto (TNE) ajudaria na compreensão da atenção integral disponibilizada pelo serviço. Pensava-se que altos índices de procedimentos realizados poderiam indicar a efetivação da atenção integral às mulheres e baixos índices de procedimentos indicariam a não efetivação da atenção integral.

Contudo, sendo a atenção integral, uma ação de caráter complexo, requerendo intervenções diversas para a sua efetivação, não poderia ser avaliada de maneira tão simplista. A baixa incidência de indicações ao aborto, ou mesmo a baixa efetivação do procedimento, não poderia ser uma explicação suficiente para a análise da efetivação da política, em um serviço que expunha entraves, diante das situações de abortamento.

Nesta direção, em consonância com a PNAISM, efetivar o aborto não pode ser traduzido em efetivação da atenção integral, requisito fundamental nos atendimentos às mulheres, na Política.

A partir destas considerações foi notada a necessidade de enfatizar a avaliação da política, através da análise de sua operacionalização no serviço, ou seja, como se davam os

processos internos (protocolos internos), que conduziam ao itinerário terapêutico para o abortamento.

Na análise do protocolo interno para o abortamento, foram identificadas situações relacionadas aos operadores da política e a maneira de operacionalização da mesma, que podem afetar negativamente a política pública, embora que a equipe esteja empenhada em cumprir da melhor maneira possível, seus papéis. Neste sentido, foi evidenciada apropriação teórica insuficiente e inadequada acerca das normas técnicas, por parte de alguns profissionais de saúde entrevistados; a falta de apropriação, pelos profissionais, das políticas públicas direcionadas às mulheres, sobretudo ao abordarem o tema da integralidade; nas entrevistas realizadas com os dois grupos pesquisados foram relatados juízos de valores que se sobrepuseram à conduta profissional, principalmente com a existência de objeção de consciência em um serviço que atualmente realiza o aborto previsto em lei; uma vez que o aborto não era atividade prevista pelos profissionais de saúde do serviço foi notada a reprogramação das ações a fim de se alcançar objetivos não previstos na implementação; a reprogramação aparentemente ocorreu sem a sensibilização adequada dos profissionais por parte de seus gestores.

A maior parte das hipóteses foi confirmada, sobretudo no que diz respeito à operacionalização das atividades pelos profissionais de saúde.

Os valores intrínsecos aos profissionais, sobre o tema do aborto foram claramente explicitados como empecilhos para os processos de execução da política de atenção integral, sobretudo, através de julgamentos velados ou explícitos, como no caso da objeção de consciência existente no serviço, que surge nas entrevistas como forte polo gerador de tensão entre a equipe e indignação por parte de alguns membros.

A necessidade de qualificação teórica e política são claramente confirmadas durante as entrevistas pelos próprios profissionais. Seus discursos apontam ainda, incongruências entre as normas técnicas e fluxos internos para a realização do abortamento.

Na perspectiva de ofertar tratamento também humanizado à equipe de saúde, a política de atenção integral prevê capacitação técnica e continuada, para que possam lidar com as demandas da violência contra a mulher de maneira mais adequada e fortalecida, porém diante

dos discursos dos profissionais é notória a fragilidade da Política em sua amplitude e, sobretudo neste aspecto, onde a qualificação continuada exige ainda, maior atenção por parte dos gestores. Alguns membros da equipe chegam a reconhecer suas limitações diante da temática da violência sexual e do aborto, sugerindo capacitações e supervisões clínicas diante dos casos atendidos.

No ano em que o serviço foi inaugurado, em 2001, não era prevista a realização de abortamentos pelos profissionais do serviço. Os abortamentos eram realizados por médico especialista do Hospital Agamenon Magalhães que contava com a equipe multiprofissional do SAMWL, para estudo de casos e para o recolhimento das assinaturas em termos de consentimento. Com o término do tempo de serviço do especialista no hospital, a equipe gradualmente, passa a assumir os casos de abortamento, o que gera muita polêmica e discordância. Neste cenário, o serviço reprograma suas ações, a fim de alcançar os objetivos e os resultados esperados nas políticas públicas de garantia de direitos às mulheres em situação de abortamento.

A reprogramação das atividades no serviço e a reordenação das funções tornaram evidentes os juízos de valores direcionados às mulheres em situação de abortamento. Os julgamentos passaram a ocorrer inclusive, entre os membros da equipe, visto que, existem membros a favor do aborto previsto em lei e outros deliberadamente contra, como pode ser percebido nas entrevistas. Portanto, o próprio ambiente institucional que deveria ser de cuidados e de segurança para as pacientes, parece ter sido afetado pela reprogramação não cuidada da política, pelos gestores.

Outro importante aspecto observado durante a análise e que parece ter surgido com o redirecionamento das atividades foi o itinerário terapêutico transcorrido pela mulher para a realização do abortamento. Diante da necessidade de readequação da oferta de serviços para atingir os resultados propostos pela política, a equipe volta-se à qualificação junto à técnica de esvaziamento uterino e reorganização da infraestrutura e a atenção integral, uma perspectiva de humanização ao atendimento prestado, parece ser esquecida. Cita-se como exemplo, uma das mulheres entrevistadas, residente de cidade distante no interior do estado, que relata dificuldades enfrentadas para o acesso ao serviço durante a realização de exames até obter o

consentimento ao aborto. São muitas idas e vindas que necessitam ser repensadas a fim de minimizar o tempo para a efetivação do aborto, principalmente evitando, o agravamento de problemas emocionais em mulheres que se veem obrigadas a manter gestações oriundas de uma situação de estupro, sendo esta, inclusive a orientação da norma técnica humanizada ao abortamento. A espera pelo atendimento adequado e a não resolutividade com maior celeridade pode provocar danos emocionais importantes nas mulheres, tais como depressão, tentativa de abortamento inseguro, por desistirem da espera pelo atendimento e até mesmo tentativa de suicídio.

O redirecionamento das atividades em políticas públicas é comum dado o próprio caráter da política pública, sendo esta cíclica e dinâmica, porém quando isto não é calculado, incluindo como vai ocorrer e em que medida, pode gerar efeitos e impactos negativos na política pública. Isto é, efeitos negativos para a população que acaba recebendo, exatamente, o oposto do que foi formulado, neste caso, o oposto a um atendimento humanizado e adequado às necessidades das mulheres.

A rede de apoio assistencial é apontada nas políticas públicas de saúde e na PNAISM como mecanismo fundamental para a efetivação da atenção integral às mulheres, no entanto, esta parece ainda ser um desafio constante entre os diversos setores de garantia de direitos que apontam a falta de estrutura e escassez de recursos humanos como maior empecilho.

Quanta às mulheres atendidas no serviço, as mesmas relataram o desconhecimento do direito ao aborto por violência sexual e de ações preventivas na área da saúde, que contemplem a orientação às mulheres sobre este tipo de violência, inclusive, quais iniciativas tomar, caso isto venha a ocorrer. A mídia foi citada como importante veículo de comunicação para a prevenção e orientação diante dos casos de violências e seus agravos. Em linhas gerais, referiram que somente obtiveram informações neste sentido, após a violência sexual ter se agravado com a gestação. O que demonstra a ineficiência da articulação da atenção básica de saúde, com as demais instâncias que poderiam colaborar na efetuação e fortalecimento de ações preventivas, como previsto na política.

Além das dificuldades de acesso às informações e o desconhecimento da existência do serviço, algumas das mulheres entrevistadas relatam que apesar de suas gestações serem

provenientes de agressões sexuais e consentidas para a realização do aborto, pela equipe, é difícil tomar decisão a favor do abortamento, mediante seus valores pessoais (morais, crenças, religião).

Neste sentido, a ideia de que os valores intrínsecos às mulheres impedem o acesso à política pública não foi confirmada. Na verdade, seus valores pessoais limitam o acesso ao direito de abortamento, reforçado por valores socialmente construídos.

A análise dos resultados aponta para a necessidade de redirecionamento das atividades e do protocolo institucional para o aborto no que diz respeito à humanização do tratamento, considerando as questões pertinentes ao itinerário terapêutico do aborto minimizando o tempo de para efetivação do procedimento e os agravos emocionais; à qualificação teórica e política dos profissionais; a construção de ações preventivas junto a uma rede de assistência realmente fortalecida e articulada, com a formalização de referências e contra-referências, a fim de que possa realizar ações de caráter preventivo e ainda, com a possibilidade de contribuir pra a busca ativa e orientação das mulheres que estiveram em situação de abortamento no serviço e não concluíram o ciclo de orientação aos métodos contraceptivos, como previsto na NTHA.

Como exposto na literatura, gestores não precisam ter receios de colocar seus serviços e programas à avaliação, visto que através da própria avaliação da política pública, as falhas nos serviços e programas são justificadas. Durante a análise é evidente a falta de capacitação continuada aos profissionais que chegam a reconhecer seus limites pessoais, apelando que a política também se cumpra no que lhes cabe enquanto direitos, para a realização de práticas clínicas eficazes.

Apesar da necessidade dos ajustes, O Serviço de Apoio à Mulher - Wilma Lessa é o primeiro serviço de referência, em caráter de urgência e em regime de plantão por 24 horas, ao atendimento à mulher em situação de violência no estado de Pernambuco, sendo pioneiro no atendimento multiprofissional e interdisciplinar às mulheres em situação de abortamento, portanto, sua história de cuidados junto às mulheres que necessitam de atendimento no serviço deve ser cuidadosamente considerada pelos gestores ao desejar mudar o rumo das ações. O serviço deve ser ampliado e fortalecido por seus gestores, sendo reconhecido enquanto modelo para outras experiências.

8 CONCLUSÕES

Desde a década de 1970, apesar dos esforços iniciados pelos movimentos de mulheres e movimentos afins, na luta pela construção e efetivação de políticas públicas de cuidados à saúde e garantia de direitos às mulheres, a pesquisa realizada, identificou que ainda há muito a ser percorrido e efetivado neste sentido, junto à sociedade e, inclusive, junto aos serviços de saúde pública.

A pesquisa permitiu traçar o perfil dos atendimentos realizados às mulheres em situação de violência doméstica e sexual atendidas no estado de Pernambuco, através do Serviço de Apoio à mulher, em um período de 14 anos. Os dados quantitativos corroboram a literatura a respeito da temática, reafirmando altos índices de violência contra a mulher, inclusive no estado de Pernambuco. As violências são infligidas, nas suas diferentes formas e em seus diversos contextos, reafirmando, portanto, a violência contra a mulher como sendo um grave problema de saúde pública.

A violência física contra a mulher mostra-se expressiva no interior do espaço doméstico, sendo perpetrada, principalmente por companheiros e ex-companheiros das mulheres. Os atendimentos à violência sexual ocorrem com maior frequência no serviço; as agressões se dão, geralmente em vias públicas por homens desconhecidos, no entanto, este tipo de violência se apresenta de maneira recorrente, também, no ambiente doméstico, e neste caso, novamente os companheiros e ex-companheiros são os principais agressores.

Os horários, locais e tipos de violências foram registrados em prontuários pelas mulheres, sendo possível estimar os horários de maior frequência por cada tipo de violência perpetrada contra a mulher, bem como, seus locais de ocorrência. Acredita-se que esta informação pode auxiliar na construção de ações preventivas e de segurança, junto às mulheres e aos mecanismos de segurança pública.

De acordo com a análise das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde e as pacientes em situação de abortamento no serviço, pode-se concluir que a atenção integral, enquanto objetivo específico e diretrizes previstas no Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e orientação central da Norma Técnica Humanizada ao Abortamento, não é

efetivada da maneira esperada, sobretudo, no que se diz respeito às práticas livres de qualquer tipo de julgamento pessoal por parte dos profissionais de saúde. Nas entrevistas, a inclusão de valores morais e crenças pessoais se mostrou evidente em ambos os grupos. Atuações profissionais norteadas por juízos de valores geram, por vezes, intervenções desumanas no interior do serviço de saúde, sendo, portanto, consideradas violências institucionais contra a mulher. Como foi visto na literatura, o mau atendimento e o acolhimento desumano é algo corriqueiro no cotidiano das mulheres que buscam as instituições de saúde, pelos mais diversos motivos de saúde, incluindo os casos de abortamento.

Este padrão ainda necessita ser superado nas instituições públicas de saúde, a fim de que se possam construir espaços de confiança e segurança, diante de situações complexas, como é o caso das violências doméstica, sexual e seus agravos.

Contou-se como principal facilitador para o desenvolvimento do estudo a disponibilidade da equipe de saúde, que independente das hipóteses levantadas, se mostrou receptiva, tanto para a coleta dos dados quantitativos, quanto para a realização das entrevistas no interior no serviço. O serviço se manteve a disposição por vinte e quatro horas, para a viabilização da coleta dos dados quantitativos, sem qualquer restrição de dias ou horários, por parte da coordenação do serviço ou demais profissionais de saúde.

Algumas dificuldades foram encontradas, sobretudo, durante a coleta de dados. A fonte para a coleta dos dados secundários foram os prontuários clínicos das pacientes, sendo estes preenchidos manualmente o que dificultou a leitura dos mesmos, tornando o processo bastante moroso.

Apesar da notável organização destes prontuários, grande parte está localizada em caixas box e arquivados individualmente em envelopes amarelos, também dificultando a celeridade do processo de coleta dados. Salienta-se que o material existente no serviço é de importante valor para futuras pesquisas no campo da violência contra a mulher no estado de Pernambuco, merecendo atenção especial dos gestores para seu arquivamento.

A dificuldade de contatar as pacientes que efetivaram aborto, como também, aquelas que não realizaram o procedimento, por ter evadido do serviço foi considerado como um importante empecilho durante o desenvolvimento do estudo, visto que a opinião das mesmas é

fundamental para a avaliação do protocolo de abortamento instituído pela instituição de saúde e consequente avaliação da política.

Foi notado que, infelizmente, o ciclo de abortamento, com orientação e disponibilidade de métodos contraceptivos, não é concluído no serviço, como preconizado na Norma Técnica citada, visto que as mulheres, em sua maioria, não retornam mais ao serviço após concretização do aborto. Sendo este aspecto, um importante fator a ser investigado por pesquisas subsequentes.

Como lembra o Ministério da Saúde (2011) isto ocorre, visto que a maior parte das mulheres, durante a situação de abortamento não estão preocupadas com possíveis gestações. O argumento parece ser explicativo, porém insuficiente para sanar o problema de futuras gestações indesejadas e futuros abortos induzidos de maneira insegura. Pois, segundo a OMS metade das gestações não é planejada e entre nove mulheres uma tentará o abortamento. Pesquisas que aprofundem este evento e ajudem a minimizar o problema parecem ser escassas, sobretudo pela dificuldade e complexidade de um tema.

A divulgação do serviço parece ser insuficiente entre os mecanismos de proteção, defesa e cuidados de saúde às mulheres em situação de violência, sendo necessário estudar estratégias e implementar ações eficazes de prevenção à violência doméstica, sexual e seus agravos, junto às mulheres na sociedade.

Por fim, essa investigação contribuiu para o aprofundamento teórico da pesquisadora e espera colaborar, através do estudo, para a realização de novas pesquisas no campo da violência contra a mulher, enquanto tema inserido num contexto de políticas públicas a ser continuamente avaliado e monitorado, pelos gestores em saúde e a população beneficiada pelo serviço.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Fernando; BARKER, Gary. **Homens, violência de gênero e saúde sexual e reprodutiva**: um estudo sobre homens no Rio de Janeiro/Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2003.

ADESSE, Leila; MONTEIRO, Mário F. G.; LEVIN, Jacques. Grave problema de saúde pública e de justiça social. **Radis: Comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, n. 66, p.10-15, fev. 2008. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_66.pdf>. Acesso em: 25 out. 2015.

ARDAILLON, Danielle. **Por uma cidadania de corpo inteiro: a ilicitude do aborto**. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Para%20uma%20Cidadania%20de%20Corpo%20Inteiro%20-%20A%20Insustent%E1vel....pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

AZEVEDO, Maria Amélia. **Mulheres Espancadas**: a violência denunciada, São Paulo: Cortez, 1985.

AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Azevedo. Vitimação e vitimização: questões conceituais. In: AZEVEDO, Maria. Amália; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo; OLIVEIRA, A. B. (Orgs.) **Crianças vitimizadas**: a síndrome do pequeno poder. 2.ed. São Paulo: Iglu, 2000.

BALLONE, G. J., ORTOLANI, I. V. **Violência Doméstica**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/infantil/violdome.html>> Acesso em: 16 de jul. 2004.

BARDACH, Eugene. **The implementation game**: what happens after a bill becomes a law, Massachusetts: Cambridge 1977.

BARSTED, Leila Linhares. “Legalização e descriminalização do aborto no Brasil: 10 anos de luta feminista”. **Estudos Feministas**, CIEC/ECO/UFRJ, n. 0, p. 104-130, 1992.

BEAUVOIR, Simone de. O Segundo Sexo 1: Fatos e Mitos. 3ª Ed. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1980.

BELLONI, I.; MAGALHÃES, H.; SOUSA, L. C.. **Avaliação do ensino de graduação – Teste de metodologia**. Brasília: Universitária, 1988 (Coleção Série UnB).

BERER, Marge. Repolitizando a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos. **Questões de Saúde Reprodutiva**, Recife. n. 6, jul. 2013.

BERGER, Sônia Maria Dantas. **Violência sexual contra mulheres: entre a (in) visibilidade e a banalização**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 2003.

BORIN, Thaisa Belloube. **Violência contra a mulher: percepções sobre violência em mulheres agredidas**. 2007. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Riberão Preto, Riberão Preto, 2007.

BRASIL. **Código Penal**. Brasília, DF: Casa Civil, subchefia para assuntos jurídicos, 1940. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/ anotada/2343477/art-128-do-codigo-penal-decreto-lei-2848-40>>. Acesso em: 08 jul. 2013 às 20:12:36

_____. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Lei nº 11.340** – Lei Maria da penha, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ago. 2006.

_____. **Lei nº 12.015**, de 7 de Agosto de 2009. Dispõe sobre os crimes hediondos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 ago. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2. ed. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Princípios e Diretrizes. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência contra Mulheres e Adolescentes**: norma técnica, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Secretaria de Políticas para as Mulheres Presidência da República, Brasília, 2011a.

_____. **Portaria nº1.271**, de 6 de Junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, jun. 2014.

CAMPINAS, L.L.S.L e BARROS, V.L. **O Termo de consentimento livre e esclarecido e suas diferentes formas de expressar o consentimento autorizado pelo sujeito de pesquisa.** O Mundo da saúde – São Paulo, v.30, n.3 jul/set. 2006. Disponível em: <[http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/38/termo_consentimento_livre](http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/38/termo_consentimento_livre.pdf)>.pdf. Acesso em: 10 jul. 2013.

CARVALHO, Carina Suelen de; FERREIRA, Débora Nayara.; SANTOS, Moara Karla Rodrigues dos. **Analisando a Lei Maria da Penha:** a violência sexual contra a mulher cometida por seu companheiro. In: Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas, Londrina, 2010.

CARVALHO, Marília Pinto de. Gênero e trabalho docente: em busca de um referencial teórico. In: BRUSCHINI, Cristina; BUARQUE DE HOLLANDA, Heloísa (Orgs.). **Horizontes plurais:** novos estudos de gênero no Brasil. São Paulo: Editora 34/Fundação Carlos Chagas, 1998.

CAVALCANTI, Mônica Maria de Arruda. **Avaliação de Políticas e Programas governamentais** – Uma abordagem conceitual. s/d. Disponível em: <<http://www.socialiris.org/antigo/imagem/boletim/arq48975df171def.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2016.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de projetos sociais.** 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher - **Convenção de Belém do Pará,** 1994. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/belem.htm>>. Acesso em: 16 dez. 2015.

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. **Balanço 1998-2002:** aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

COSTA, Ana. Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p.1073-1083, jul./ago. 2009.

CRESWELL, Jonh W.; CLARCK, Vicki L. Plano. **Pesquisa de métodos mistos.** 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. (Série Métodos de Pesquisa).

DeSOUZA, Eros; BALDWIN, John R. A Construção Social dos Papéis Sexuais Femininos. **Psicologia: Reflexão e Crítica,** Porto Alegre, v. 13, n.3, p. 485-496, 2000.

DINIZ, Debora. **Aborto e saúde pública:** 20 anos de pesquisas no Brasil/ Debora Diniz – Brasília: UnB; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

_____. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. **Revista Saúde Pública**. Brasília, 2011.

EASTONE, D. A **Framework for Political Analysis**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1965.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e Políticas Públicas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n.1, p.47-71, jan./abr., 2004.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa; RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA Marcelo Rasga. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 9. p. 1667-1677. jan./set. 2011.

FONSECA, Paula Martinez.; LUCAS, Taiane Nascimento Souza. **Violência doméstica contra a mulher e suas consequências psicológicas**. Trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Psicologia. Escola Bahiana de Medicina e Saúde, Salvador, 2006.

FURNESS, T. **Abuso Sexual da Criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GABEL, M. **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus Editorial, 1997.

GREGORI Maria Filomena. As desventuras do vitimismo. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.1, n.93, p. 143-149, 1993.

HAHNER, June. E. **Emancipating the female sex: The struggle for women's rights in Brazil, 1850-1940**. Durham: Duke University Press, 1990.

HEILBORN, Maria Luiza. **Gênero e condição feminina: uma abordagem antropológica**. In: IBAM mulher e políticas públicas. Rio de Janeiro: IBAM/UNICEF, 1991.

HIRIGOYEN, Marie-France. **Mal estar no trabalho: redefinindo o assédio moral**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

IPAS BRASIL. **Dados e reflexões sobre a condição de ilegalidade do aborto: no âmbito da Saúde e da Justiça**. Rio de Janeiro: IPAS, 2007.

KERLINGER, F.N. **Foundations of behavioral research**. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1964.

LASWELL Laswell, H.D. **Politics: Who Gets What, When, How**. Cleveland, Meridian Books. 1936.

LINDBLOM, Charles E. "Still Muddling, Not Yet Through", **Public Administration Review** . n. 39, p. 517-526, 1979.

_____. "The Science of Muddling Through", **Public Administration Review** n. 19, p. 78-88, 1959.

LOUREIRO David Câmara; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p. 679-688, mai./jun.,2004.

LUBAMBO, Cátia W.; ARAÚJO, Maria Lia C. de. **Avaliação de programas sociais: virtualidades técnicas e virtualidades democráticas**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, 2003.

MEDEIROS, Patrícia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde na mulher: a integralidade em questão. **Estudos feministas**. Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, jan/abr, 2009.

MEIRA, Renato; FERRAZ, Flávio. Liberação do aborto: opinião de estudantes de medicina e direito. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 465-472, 1989.

MESQUITA, Cecília Chagas de. **Saúde da mulher e redemocratização: ideias e atores políticos na história do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. In: Anais do XXVI Simpósio Nacional de História. São Paulo, ANPUH, 2011.

MIRIM, Liz Andréa Lima. **Balanço do Enfrentamento da Violência contra a Mulher na perspectiva da Saúde Mental**. Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005) – alcances e limites. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. 2.ed. 2013.

_____. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: Ação e produção de evidência**. São Paulo, 2010.

_____. **Relatório Mundial da Saúde: trabalhando juntos pela saúde**. Genebra: OMS. Trad. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. **Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados**. Secretaria Executiva de vigilância em Saúde, Diretoria geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde, Pernambuco, 2013.

_____. **Serviço de Apoio à Mulher** - Wilma Lessa, Recife, 2001.

PINHEIRO, P. S. A criança e o adolescente: compromisso social. In: AZEVEDO, Maria. Amália; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo; OLIVEIRA, A. B. (Orgs.) **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. 2.ed. São Paulo: Iglu, 2000.

PINHEIRO, Roseni. **Integralidade em Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:R84GoyTAd2MJ:www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>> Acesso em: 15. Jan. 2015.

PIRES, Sandra Batista Novais; HAIKAWA, Nair Y. **O serviço social frente à violência**. Disponível em: <http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoanterior/Sumario/2013/downloads/2013/3/82.pdf>. Acesso em: 10. dez. 2015.

PITANGUY, Jacqueline. **Movimento de Mulheres e Políticas de Gênero no Brasil**. Santiago de Chile, 2003.

ROCHA, Maria Isabel Baltar da. **Aborto no Brasil e países do Cone Sul**: Panorama da situação e dos estudos acadêmicos. Núcleo de Estudos de População – NEPO /UNICAMP. São Paulo, 2009.

ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.) **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 1997.

RUA, Maria das Graças. Análise de Políticas Públicas: Conceitos básicos. In: RUA, Maria das Graças; CARVALHO, M. Izabel. **O Estudo da Política**: tópicos selecionados, Brasília: Paralelo 15, 1998.

SAFIOTTI, Heleieth I. B. **A mulher na sociedade de classes**: mito e realidade, Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 16, p. 115-136, 2001.

SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elizabete (org.): **Políticas Públicas** – v.1. Brasília: ENAP, 2006.

SCIAMMARELLA, Ana Paula. Criminosas ou vítimas? Aborto: uma questão de saúde pública, direitos humanos e justiça social. In: ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni. (Orgs.). **Direito sanitário**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Sociedade**, Porto Alegre, v.16, n.2, p.5-22, jul/dez. 1990.

SIMON, Herbert. **Comportamento Administrativo**. Rio de Janeiro: USAID. 1957.

SOARES, Barbara Musumeci. **Mulheres invisíveis**: violência conjugal e novas políticas de segurança. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SOUZA, Cecília de Mello e; ADESSE, Leila. **Violência Sexual no Brasil**: perspectivas e desafios. Brasília: Ipas, 2005.

TALIB, Rosângela Aparecida; CITELI, Maria Teresa. **Dossiê: serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros**, (1989-2000). São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2005.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE **Facts on Induced Abortion Worldwide**. [S.l.], 2008. (special report). Disponível em: <http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2008.

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS (São Paulo). Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP). **Modelos de avaliação de programas sociais prioritários**. Relatório Final. Campinas, 1999.

UNIVERSIDADE HUMBOLDT DE BERLIN. Centro de Treinamento Avançado em Desenvolvimento Rural (SLE). **Monitoramento qualitativo de impacto**. Desenvolvimento de indicadores para a extensão rural no Nordeste do Brasil. Berlin, 2000. 311 p.

VALONGUEIRO, Sandra. **A Mortalidade Materna em Pernambuco**: um estudo quantitativo e qualitativo, CEDEPLAR-UFMG .1996. Belo Horizonte - MG.

VIZCARRA M.B.; CORTÉS J., Bustos L.; ALARCÓN M., MUÑOZ S. Violencia conyugal en la ciudad de Temuco. Un estudio de prevalencia y factores asociados. **Revista médica de Chile**, Santiago, v. 129, n. 12, 2001.

WILDAVSKY, Aaron. **The Policy of Budgetary Process**. Boston: Little and Brown, 1973.

WINTER, Soren C. **Implementation**. 2012.

WU, Xun. et. al. **Guia de políticas públicas: gerenciando processos**. Brasília: Enap, 2014.

APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS

❖ Dados do entrevistado/a

Idade:

Tem religião?

Formação:

Tempo de serviço no SAM:

⇒ O caso abaixo é um caso verídico e durante a entrevista, será dividido em dois momentos. Após a leitura de ambos os momentos, exponha a sua opinião.

Texto 1: Nos Estados Unidos, em 1973, um caso judicial (caso Roe) apresentado por advogadas recém-formadas, foi o primeiro no país a despenalizar o abortamento. Roe era o pseudônimo de Norma McCovey que precisou enfrentar Wade de Henry, representante do Estado do Texas que era contra o aborto de Norma McCovey.

A situação social de Norma pesou na decisão judicial. Filha de mãe alcoolista havia abandonado a escola e já tinha engravidado duas vezes anteriormente. A primeira criança criada pela avó e a segunda encaminhada para a adoção. Aos 21 anos quando engravidou pela terceira vez decidiu procurar a justiça alegando ter sido estuprada, situação aceita pelo estado do Texas, mas pela falta de prova foi negado. Tentou aborto numa clínica clandestina e não conseguiu por ter sido fechada pela polícia. Foi então que as advogadas Linda e Sarah assumiram o caso e o levaram adiante. O processo foi muito lento e Norma acabou tendo a criança e entregou para a adoção, no entanto, o caso foi levado à suprema Corte e as leis que penalizavam a prática do aborto passaram a ser consideradas inconstitucionais e o caso Roe contra Wade provocou uma mudança na legislatura dos direitos reprodutivos do país.

⇒ Comentário....

Texto 2: Após algum tempo, Norma confessa que mentiu e não foi violentado sexualmente, mas toda a legislação já havia sido modificada e perdura até os dias de hoje.

⇒ Comentário...

Como se dá o protocolo para o abortamento no Serviço de Apoio à Mulher - Wilma Lessa?

⇒ Você sugeriria algo ao protocolo já existente no Sam?

⇒ Qual ou quais encaminhamentos são dados após abortamento?

⇒ Como você acredita que poderia ser o atendimento integral a estas mulheres?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS PACIENTES

Dados da entrevistada:

Idade: Escolaridade: religião:

Renda pessoal ou familiar aproximada:

⇒ Como soube do direito aborto no caso de gravidez por estupro?

⇒ Como soube do Serviço Wilma Lessa?

⇒ Desde o primeiro momento, como se deu o atendimento realizado pela equipe do SAMWL? Sentiu-se segura durante os procedimentos e esclarecimentos necessários por parte da equipe?

⇒ Após a violência sexual quando procurou ajuda médica?

⇒ O que a fez desistir do abortamento no Serviço? (Para aquelas que desistiram)

⇒ Acha que o aborto deveria ser permitido em todos os casos, aqui no Brasil?

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - RESOLUÇÃO 466/12)**



**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Para maiores de 18 anos ou emancipados - Resolução 466/12)**

Convidamos a Sra. (_____) para participar como voluntária da pesquisa **Avaliação de Políticas Públicas sob a ótica da atenção integral à saúde da mulher em situação de abortamento**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora residente à Fone:; email: A pesquisa está sob a orientação de do Prof. Dr..... Fone:; email:

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA: A pesquisa analisa como o direito ao aborto legal em nosso país esta sendo realizado, ou seja, como se dá o acesso a esse direito e como podemos melhorá-lo.

Para a realização do estudo serão realizadas entrevistas, através de questionário, tanto para as pacientes quanto aos profissionais de saúde do Serviço. Haverá apenas um encontro entre você e a pesquisadora, com duração prevista de quarenta minutos, sendo este realizado no Serviço ou em local que se sentir mais seguro, porém adequado para a realização da entrevista. As entrevistas serão gravadas em aparelho MP4 para posterior análise. Sendo garantido o sigilo dos dados.

A sua colaboração trará importantes **benefícios diretos** às pacientes, a pesquisa visa à melhoria do serviço, através de assistência multiprofissional ainda mais qualificada para as mulheres que desejam interromper a gestação por violência sexual. A pesquisa trará ainda, importantes

benefícios indiretos não só para o público pesquisado, como também, para a sociedade em geral, visto que analisa a efetivação do princípio da integralidade do SUS, junto às atuações profissionais no atendimento às mulheres gestantes por violência sexual. Espera-se que estas práticas estejam em interface com a própria política de saúde e demais políticas públicas vigentes, tais como, as políticas públicas de segurança, políticas públicas de assistência social, entre outras. A pesquisa propõe ampliar as discussões nos mais diversos contextos, sejam estes acadêmicos ou não.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação das voluntárias, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Quanto aos **riscos** estes não são previstos, porém as entrevistas podem suscitar, sobretudo nas pacientes, conteúdos emocionais indesejados, visto que a temática remete ao abortamento, que na maioria das vezes, é percebido por elas como uma experiência negativa, principalmente por terem sido provenientes de uma experiência também marcante - o estupro. Caso isto ocorra serão realizados outros encontros com a pesquisadora responsável pela pesquisa, no intuito de amenizar tais sentimentos.

Ainda referente aos riscos poderá haver algum tipo de constrangimento para responder alguma/s questão/ões, para evitar que isto aconteça, a entrevista será realizada em ambiente reservado e de maneira individual. As informações coletadas serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Para evitar a quebra de sigilo e extravio dos dados, a pesquisadora se compromete em armazenar os dados coletados em computador pessoal em seu endereço de residência.

Os dados coletados nesta pesquisa, tais como gravações de entrevistas ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora e do orientador da pesquisa, no endereço acima informado, pelo período mínimo de 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA Eu, _____, CPF _____, abaixo assino, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Avaliação de Políticas Públicas sob a ótica da atenção integral à saúde da mulher em situação de abortamento**, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Recife, ____/____/____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Nome:	Assinatura:
Nome:	Assinatura

*OBS: impressão digital opcional

**APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - RESOLUÇÃO 466/12)**



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Para maiores de 18 anos ou emancipados - Resolução 466/12)

Convidamos o/a Sr.o/a (_____) para participar como voluntária da pesquisa **Aborto previsto em lei: A garantia da integralidade como princípio das políticas públicas de saúde**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora email: A pesquisa está sob a orientação do Prof. Dr..... Fone: email:

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA: A pesquisa analisa a efetivação da integralidade - um dos principais eixos norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), frente à realização do aborto previsto em lei. Dois grupos serão investigados - a equipe multidisciplinar de serviço especializado e outro composto por mulheres que se enquadram no perfil do protocolo do Ministério da Saúde para o aborto legalizado.

Para a realização do estudo serão realizadas entrevistas, através de questionário, tanto para as pacientes quanto aos profissionais de saúde do Serviço. Haverá apenas um encontro entre você e a pesquisadora, sendo este realizado no Serviço. As entrevistas serão gravadas em aparelho MP4 para posterior análise. Sendo garantido o sigilo dos dados.

A sua colaboração trará importantes benefícios diretos aos profissionais, estes poderão refletir suas práticas, em equipe multiprofissional, através do aprofundamento teórico e revisão de conceitos

acerca do aborto, podendo assim, qualificar a assistência em serviço já considerado como referência estadual.

A pesquisa trará importantes benefícios indiretos não só para o público pesquisado, como também, para a sociedade em geral, visto que analisa a efetivação do princípio da integralidade do SUS, junto às práticas profissionais no atendimento às mulheres gestantes por violência sexual. A pesquisa propõe ampliar as discussões nos mais diversos contextos, sejam estes acadêmicos ou não.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Quanto aos riscos estes não são previstos, porém pode ocorrer o constrangimento para responder alguma pergunta, para evitar que isso aconteça a entrevista será feita em ambiente reservado e de forma individual, em relação aos dados que serão analisados pode ocorrer a quebra de sigilo ou extravio, para evitar que isso aconteça a pesquisadora se compromete com o sigilo e a guarda dos dados.

Os dados coletados nesta pesquisa, tais como gravações de entrevistas ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora e do orientador da pesquisa, no endereço acima informado, pelo período mínimo de 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA Eu, _____, CPF _____, abaixo assino, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Avaliação de Políticas Públicas sob a ótica da atenção integral à saúde da mulher em situação de abortamento**, como voluntária. Fui devidamente informado/a e esclarecido/a pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Recife, ____/____/____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Nome:	Assinatura:
Nome:	Assinatura

*OBS: impressão digital opcional

**APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - RESOLUÇÃO 466/12)**



**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Para maiores de 18 anos ou emancipados - Resolução 466/12)**

Solicitamos a sua autorização para convidar a sua filha _____ ou menor que está sob sua responsabilidade para participar, como voluntária, da pesquisa **Avaliação de Políticas Públicas sob a ótica da atenção integral à saúde da mulher em situação de abortamento**. Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora..... end.:Fone:; email: contato do pesquisador responsável, inclusive para ligações a cobrar. A pesquisa está sob a orientação do Prof. Dr..... Fone: e-mail.....

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde que o (a) menor faça parte do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização nem para o (a) Sr.(a) nem para a voluntária que está sob sua responsabilidade, bem como será possível ao/a Sr. (a) retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA: A pesquisa analisa como o direito ao aborto legal em nosso país esta sendo realizado, ou seja, como se dá o acesso a esse direito e como podemos melhorá-lo.

Para a realização do estudo será realizada entrevista, através de questionário. Haverá apenas um encontro entre a menor ou a menor que está sob sua responsabilidade, sendo este realizado no Serviço ou em local que se sentir mais segura, porém adequado para a realização da entrevista, oferecendo, sobretudo o sigilo, o tempo previsto para a duração da entrevista é de quarenta minutos. As entrevistas serão gravadas em aparelho MP4 para posterior análise.

A colaboração da sua filha trará importantes benefícios diretos às pacientes, visto que a pesquisa visa à melhoria do serviço, através de assistência multiprofissional ainda mais qualificada para as mulheres que desejam interromper a gestação por violência sexual. A pesquisa trará ainda, importantes benefícios indiretos não só para o público pesquisado, como também, para a sociedade em geral, visto vez que analisa a efetivação do princípio da integralidade do SUS, diante do atendimento às mulheres gestantes por violência sexual. Espera-se que estas práticas estejam em interface com a própria política de saúde e demais políticas públicas vigentes, tais como, as políticas públicas de segurança, políticas públicas de assistência social, entre outras. A pesquisa propõe ampliar as discussões nos mais diversos contextos, sejam estes acadêmicos ou não.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Quanto aos riscos estes não são previstos, porém as entrevistas podem suscitar, sobretudo nas pacientes, conteúdos emocionais indesejados, visto que a temática remete ao abortamento, que na maioria das vezes, é percebido por elas como uma experiência negativa, principalmente por terem sido provenientes de uma experiência também marcante - o estupro. Caso isto ocorra serão realizados outros encontros com a pesquisadora responsável pela pesquisa, no intuito de amenizar tais sentimentos.

Ainda referente aos riscos poderá haver algum tipo de constrangimento para responder alguma/s questão/ões, para evitar que isto aconteça, a entrevista será realizada em ambiente reservado e de maneira individual. As informações coletadas serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Para evitar a quebra de sigilo e extravio dos dados, a pesquisadora se compromete em armazenar os dados coletados em computador pessoal em seu endereço de residência.

Os dados coletados nesta pesquisa, tais como gravações de entrevistas ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora e do orientador da pesquisa, no endereço acima informado, pelo período mínimo de 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos

aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo _____ colocar o nome do estudo **Avaliação de Políticas Públicas sob a ótica da atenção integral à saúde da mulher em situação de abortamento**, como voluntário(a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dela. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de seu acompanhamento/ assistência/tratamento) para mim ou para o (a) menor em questão.

Recife, ____/____/____

Assinatura do (da) responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Nome:	Assinatura:
Nome:	Assinatura:

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

--	--	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aborto previsto em Lei: A garantia da Integralidade como princípio das políticas públicas de saúde

Pesquisador: Nadja Cristina da Silva Amorim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50943615.9.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.394.998

Apresentação do Projeto:

Projeto de Dissertação de Mestrado apresentado ao Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, da aluna Nadja Cristina da Silva Amorim, orientada pelo Prof. Dr. Enivaldo Carvalho da Rocha. Currículos anexados, embora não em pdf.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

Investigar em que medida o princípio de integralidade, enquanto lei está sendo efetivado no contexto das políticas públicas de saúde, no SAMWL, diante do abortamento legalizado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) investigar se conteúdo(s) intrínseco(s), tais como valores pessoais (religiosos, sociais, morais e culturais) interferem na realização do aborto previsto em lei;
- 2) compreender como estes conteúdos refletem na atuação técnica dos profissionais e nas decisões das próprias pacientes;
- 3) investigar se os profissionais possuem conhecimentos necessários a respeito das normas técnicas de saúde para o abortamento (Ministério da saúde, 2011),
- 4) investigar se as pacientes possuem conhecimentos de seus direitos quanto ao abortamento;

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.394.998

- 5) investigar se ocorre a notificação do abortamento no Serviço;
- 6) analisar a percepção das pacientes com relação ao comportamento dos profissionais envolvidos durante as etapas do abortamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: descritos como possível desconforto aos sujeitos de pesquisa, extravio de dados. Para tanto a pesquisadora garante a confidencialidade;

BENEFÍCIOS: indicado apenas o benefício indireto, a possibilidade de aprofundar conhecimentos teóricos em serviço de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de abordagem quantitativas e qualitativas consistindo de entrevistas semi-estruturadas aos profissionais de saúde (04) e pacientes (11), que ocorrerão individualmente, após consentimento dado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora atendeu todas as pendências apresentadas.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo

Endereço: Av. da Engenharia s/nº • 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

Continuação do Parecer: 1.394.998

Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	NadjaCartaResposta.doc	26/01/2016 09:59:38	Débora Viviane Albuquerque Granja Santana	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NadjaTCLE_responsaveis_corrigido.doc	26/01/2016 09:59:02	Débora Viviane Albuquerque Granja Santana	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NadjaTCLE_profissionais_corrigido.doc	26/01/2016 09:58:28	Débora Viviane Albuquerque Granja Santana	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NadjaTCLE_paciente_corrigido.doc	26/01/2016 09:58:02	Débora Viviane Albuquerque Granja Santana	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_626003.pdf	25/01/2016 17:22:42		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_NadjaCorrigido_CEP4.pdf	25/01/2016 17:21:18	Nadja Cristina da Silva Amorim	Acelto
Outros	termodeconfidencialidadenadja.docx	13/11/2015 10:55:02	Nadja Cristina da Silva Amorim	Acelto
Outros	Enivaldo_jattes.docx	13/11/2015 10:52:18	Nadja Cristina da Silva Amorim	Acelto
Outros	Nadja_jattes.docx	13/11/2015 10:51:58	Nadja Cristina da Silva Amorim	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_responsaveis_corrigido.doc	13/11/2015 10:51:22	Nadja Cristina da Silva Amorim	Acelto

Endereço: Av. da Engenharia s/nº • 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.394.998

Justificativa de Ausência	TCLE_responsavels_corrigido.doc	13/11/2015 10:51:22	Nadja Cristina da Silva Amorim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_corrigido.doc	13/11/2015 10:51:07	Nadja Cristina da Silva Amorim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_paciente_corrigido.doc	13/11/2015 10:50:53	Nadja Cristina da Silva Amorim	Aceito
Outros	Termo_anuencia.pdf	12/11/2015 19:20:22	Nadja Cristina da Silva Amorim	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	12/11/2015 18:51:51	Nadja Cristina da Silva Amorim	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 26 de Janeiro de 2016

Assinado por:

LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº • 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br